**Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen**

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen vollständig auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen, zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben. Ihre Angaben werden elektronisch gespeichert, unterliegen aber den Bestimmungen des Datenschutzes.

**Patient:**

Vorname:………………………….. Name:…………………………………………………… …

geb.:……………………………….. Geburtsort:………………....................................................

Straße:……………………………… PLZ:………….. Ort:…………………………………......

Tel. tagsüber:………………………. Tel. geschäftl. oder mobil:………………………………….

Krankenversicherung:………………………………………………………………………………

Beihilfeberechtigt: o ja o nein Zusatzversicherung falls vorhanden:……………………….

**Versicherter:** (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben z.B. über wen sind sie Familienversichert)

Vorname:……………………………….. Name:………………………………………. geb.:……………..

Straße:…………………………………… PLZ:…………….. Ort:………………………………………………

Tel. tagsüber:…………………………….

**Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?**

o Empfehlung von Frau/Herrn:……………………………………..

o Telefonbuch/Gelbe Seiten

o Internet o Sonstiges:……………………………………………………………………………………………..

**Allgemeine Information:**

**Ihr Hausarzt/Kinderarzt**……………….. …………….(Name) **in**:…………………………………… (Ort)

Stehen Sie in dauerärztlicher Behandlung? o ja o nein

**Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen: (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

**Herz**

o ja o nein **Zustand nach Herzinfarkt?**

o ja o nein **Herzmuskelentzündung?**

o ja o nein **Herzrhythmusstörungen?**

o ja o nein **gestörtes Reizbildungs- und Reizleitungssystem des Herzens?**

o ja o nein **Bypassoperation?** Wenn ja, wann?..........................................

o ja o nein **Stentoperation?** Wenn ja, wann?.............................................

o ja o nein **Herzklappenersatz?** Wenn ja, wann?.......................................

o ja o nein **Herzschrittmacher?** Wenn ja, wann?.......................................

o ja o nein **Herztransplantation (HTX)?** Wenn ja, wann?..........................

o ja o nein **Herzinsuffizienz** (Herzschwäche)?

o ja o nein **Verengung der Herzkranzgefäße?**

o ja o nein **Angina Pectoris** (Brustenge, Herzschmerz)

o ja o nein **Arteriosklerose?** (Arterienverkalkung)

**Erkrankungen des blutbildenden Systems**

o ja o nein **Blutarmut?**

o ja o nein **Bluter?**

o ja o nein **Hämatologische Erkrankungen** (Erkrankungen blutbildender Organe)?

**Kreislauf**

o ja o nein **niedriger Blutdruck?**

o ja o nein **hoher Blutdruck?**

o ja o nein **Durchblutungsstörungen?**

o ja o nein **Ohnmachtsanfälle?**

o ja o nein **Schlaganfall?**

**Augen**

o ja o nein **grauer Star** (Katarakt)?

o ja o nein **grüner Star** (Glaukom)?

**Atmungswege/Lunge**

o ja o nein **chronische Bronchitis?**

o ja o nein **Atemnot?**

o ja o nein **Asthma?** Wenn ja, welche Form von Asthma?................................................

o ja o nein **Lungentransplantation (LUTX)?** Wenn ja, wann?.....................................

**Magen-Darm-Trakt**

o ja o nein **Magenerkrankung?** wenn ja, welche?...............................................................

o ja o nein **Darmerkrankung?** wenn ja, welche?...............................................................

**Blase/Nieren/Leber**

o ja o nein **Blasenerkrankung?**

o ja o nein **Nierenerkrankung?**

o ja o nein **chronische Niereninsuffizienz?**

o ja o nein **Dialyse** (Blutwäsche bei Nierenversagen)?

o ja o nein **Nierentransplantation** (NTX, NTPL)? Wenn ja, Wann?.......................................................................

o ja o nein **Gicht** (Störung im Harnsäurestoffwechsel)?

o ja o nein **Gelbsucht** (Gelbfärbung von Haut, Schleimhaut sowie Bindehaut des Auges)?

o ja o nein **Hepatitis?** wenn ja, welche Form von Hepatitis?.....................................................................................

o ja o nein **Lebertransplantation** (LTX)? Wenn ja, wann?.............................................................................

**Bewegungsapparat**

o ja o nein **Rheuma?**

o ja o nein **Osteoporose?**

o ja o nein **Arthritis** (entzündliche Gelenkerkrankung)?

**Zentrales u. Vegetatives Nervensystem**

o ja o nein **psychische Erkrankungen?** (z.B.: Depressionen, Angstzustände, Panikattacken usw.)

 wenn ja, welche?........................................................................................................................................

o ja o nein **epileptische Anfälle / Krämpfe?**

o ja o nein **Migräne?**

o ja o nein **Morbus Parkinson?**

o ja o nein **Multiple Sklerose?**

**Stoffwechsel**

o ja o nein **Zuckererkrankung** (z.B. Diabetes mellitus)?

o ja o nein **Schilddrüsenüberfunktion?**

o ja o nein **Schilddrüsenunterfunktion?**

**Sonstige Erkrankungen**

o ja o nein **Immunsystemerkrankung?** Wenn ja, welche?.......................................................................................

o ja o nein **frühere Operationen?** wenn ja, welche?.......................................................................................

o ja o nein **haben Sie künstliche Gelenke?** wenn ja, welche?................................................................................

o ja o nein **Hauterkrankung?** wenn ja, welche?.....................................................................................................

o ja o nein **HIV oder AIDS?** (Immunmangel-Syndrom)

o ja o nein **Tuberkulose?**

o ja o nein **Tumorerkrankung?** wenn ja, wann?....................................................................................................

o ja o nein **Werden o. wurden Sie mit Biosphosphonaten behandelt?**

o ja o nein **Röteln, Mumps, Masern oder Scharlach?**

o ja o nein **Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden oder bekommen Sie leicht blaue Flecke?**

o ja o nein **Haben Sie andere nicht aufgeführte Erkrankungen?** Wenn ja, welche?............................................

**Sonstige medizinisch wichtige Informationen**

o ja o nein **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** Wenn ja, welche? ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Sind oder waren Sie:**

o ja o nein **Alkoholabhängig?**

o ja o nein **Drogenabhängig?**

o ja o nein **Raucher/Raucherin?**

o ja o nein **Sind Sie auf Penicillin überempfindlich?**

o ja o nein **Jodallergie?**

o ja o nein **Medikamentenunverträglichkeiten?** Wenn ja, welche?.........................................................................

o ja o nein **Sind Sie auf andere Sachen allergisch?** Wenn ja, gegen was?..............................................................

 ……………………………………………………………………………………………………………

o ja o nein **Besitzen Sie einen Allergiepass?**

o ja o nein **Für Frauen:** Sind Sie z. Zt. schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?.................................................

o ja o nein **Hatten Sie bisherigen lokalen Betäubungsspritzen bei Ihrem Zahnarzt Probleme?**

 Wenn ja, in welcher Art?........................................................................................................................

o ja o nein **Waren Sie im letzten Jahr zur zahnärztlichen Untersuchung o. Behandlung?**

o ja o nein **Wurden von Ihnen in den letzten 3 Jahren beim Zahnarzt Röntgenaufnahmen angefertigt?**

o ja o nein **Tragen Sie Zahnersatz?** o Festsitzend o herausnehmbarer o Implantate

o ja o nein **Haben Sie manchmal Ohren- oder Kiefergelenksschmerzen?**

o ja o nein **Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten?**

 o ja o nein **Stört Sie etwas am Aussehen Ihrer Zähne** (z.B. Zahnfarbe o. Zahnstellung)?

**Welche Hilfsmittel verwenden Sie zur häuslichen Zahnpflege?**

o Handzahnbürste- o weich o mittel o hart o Mundspüllösungen o Zahnseide o Zahnhölzer

o elektr. Zahnbürste o Interdentalbürsten

**Weitere administrative wichtige Informationen**

o ja o nein **Haben Sie Angst vor der Behandlung?**

o ja o nein **Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft?** Eintragungen der letzten 10 Jahre?

**Haben Sie spezielle Fragen, Wünsche oder Anliegen?**...................................................................................................................................................................

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§203 StGb.) sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Bad Homburg, den: ………………………. Unterschrift:…………………………………..

**Sonstige Vereinbarungen**

Ich möchte Sie bitten, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir unsere Patienten regelmäßig schriftlich an die Vorsorgekontrolle erinnern.

Nach den Beihilfe-Bestimmungen und ggf. den Versicherungsbedingungen werden nicht alle medizinisch notwendigen und ggf. gewünschten Leistungen als beihilfefähig bzw. erstattungsfähig anerkannt, auch wenn diese einer vertretbaren Auslegung der GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) entsprechen.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie ausdrücklich, dass Sie auch die von der Beihilfe/ Erstattungsstelle nicht erstatteten Kosten übernehmen werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten, Röntgenbilder, Fotos, Befunde meiner Krankengeschichte, Modelle, deren Kopien oder Ausdrücke für medizinische Zwecke anderem Fachpersonal übermittelt oder auf Anfrage per Post, verschlüsselte E-Mail, oder entsprechend geschütztem Internet-Account zugesandt werden können. Ich entbinde insoweit die Behandlerin gegenüber dieser Person/diese Personen von der Schweigepflicht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und Einverständnis zu der oben genannten Vereinbarungen.

Bad Homburg, den:………………….. Unterschrift:…………………………………….