



ERFASSUNGSBOGEN

Vor- und Zuname ggf. Titel _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Beruf _____

Name Hauptversicherter _____ Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____ Beihilfe _____ Zusatzversicherung _____

Anschrift _____

Tel.: (privat) _____ (dienstlich) _____ (mobil) _____

E-Mail _____

Überweisender Zahnarzt _____

Hausarzt _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass während der Behandlung Foto- und Videomaterial zu Dokumentationszwecken erstellt werden. Da die Praxis auch als Hospitations- und Fortbildungszentrum fungiert, können weitere Zahnärzte bei den Behandlungen zu Lehrzwecken anwesend sein.

Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie z. Zt. noch in ärztlicher Behandlung? JA NEIN

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? _____ JA NEIN

Vertragen sie gewisse Arzneimittel nicht? Wenn ja, welche? _____ JA NEIN

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? _____ JA NEIN

Haben Sie Heuschnupfen, Jod- oder Penicillinallergie, Hautausschläge, Allergiepass? JA NEIN

Treten bei Ihnen nach Verletzungen oder Zahnziehen stärkere Blutungen auf? JA NEIN

Leiden oder litten Sie an den nachstehend aufgeführten Krankheiten?

JA NEIN Herzerkrankung (z. B. Infarkt, Angina pectoris)

JA NEIN Hoher Blutdruck

JA NEIN Niedriger Blutdruck

JA NEIN Schlaganfall

JA NEIN Blutarmut

JA NEIN Nierenerkrankungen

JA NEIN Zuckerkrankheit

JA NEIN Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids/HIV)

JA NEIN Migräne

JA NEIN Lebererkrankungen (z. B. Gelbsucht, Leberzirrhose)

JA NEIN Rheuma

JA NEIN Asthma

JA NEIN Nervenerkrankungen

JA NEIN Krampfleiden

JA NEIN Schilddrüsenerkrankungen

JA NEIN Osteoporose

JA NEIN Tumorleiden

Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen? Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____ Seit wann? _____ JA NEIN

Besteht eine Schwangerschaft? _____ Wenn ja, seit wann? _____ JA NEIN

Grund Ihres Praxis-Besuchs? _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? Überweisung Empfehlung Internet Sonstiges: _____

Ort, Datum

Unterschrift