

# Erhebungsbogen über vorhandene Krankheiten



ANDREAS  
**SCHULZ**  
ZAHNARZT

Liebe Patienten,  
um eine optimale Behandlung zu gewährleisten, bitten wir Sie, dieses Formular auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Sie werden Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt und evtl. elektronisch gespeichert.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.: Festnetz, Mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Beruf, Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Hausarzt, Name und Ort

**Bitte in jeder Zeile ein Kreuz !!!**

	↓ ja	↓ nein
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		
zu hoher/ zu niedriger Blutdruck: wie hoch bei der letzten Messung:		
Herzinfarkt, wann:		
unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)		
Herzschrittmacher		
Herzschwäche		
Herzoperationen, welche und wann:		
Einnahme gerinnungshemmender Medikamente, welche:		
Wird regelmäßig der Quick-bzw. INR-Wert bestimmt, welche Höhe:		
Ohnmachtsanfälle		
Thrombosen		
Zuckerkrankheit (Diabetes), Tabletten oder Spritzen?		
Allergien		
gegen Medikamente, welche:		
gegen sonstiges:		
Osteoporose		
Erhielten Sie jemals Bisphosphonate als Injektion oder Tablette?		
Bluterkrankungen		
Infektionskrankheiten (Leber, Tuberkulose, Asthma,...)		
Erkrankungen der Schilddrüse, Auge (Grüner Star)		
Jemals Probleme nach Zahnbehandlungen		
Dialyse, eingeschränkte Nierenfunktion		
Krampfanfälle, Epilepsie, Depressionen		
Raucher, Anzahl pro Tag:                      seit:		
Sonstige Erkrankungen/Operationen		

Für die Klärung offener Fragen befreie ich den mich behandelnden Haus- bzw. Facharzt von der Schweigepflicht und willige in die Weitergabe meiner Daten an die Zahnarztpraxis Andreas Schulz in Dömitz ein. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift