

Erhebungsbogen über vorhandene Krankheiten

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 eventuell elektronisch gespeichert.

Patient:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherter:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert

Anschrift:

Krankenkasse _____

PLZ, Ort _____ Straße, Hausnummer _____

Telefon-Nr. Privat _____ Telefon-Nr. Gesch. _____ Handy-Nr. _____ E-Mail-Adresse _____

Arbeitgeber*:

Firma _____ Beruf _____ *freiwillige Angaben

Name und Anschrift Ihres Hausarztes:

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt? Bitte ausfüllen oder ankreuzen ja nein

Herzerkrankungen:
 Herzschwäche (Insuffizienz) ja nein
 unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) ja nein
 Herzasthma, Angina pectoris ja nein
 Herzschrittmacher ja nein

Kreislaufkrankungen:
 zu hoher Blutdruck ja nein
 zu niedriger Blutdruck ja nein
 Herzinfarkt, wann? ja nein
 Einnahme gerinnungshemmender Medikamente ja nein
 Ohnmachtsanfälle ja nein

Stoffwechselerkrankungen:
 Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein
 Magen-Darm-Erkrankungen ja nein
 Schilddrüsenerkrankungen ja nein

Erkrankungen des Nervensystems:
 epileptiforme Anfälle/Krämpfe ja nein

Bluterkrankungen:
 Blutungsneigungen (Hämophilie) ja nein
 Blutarmut (Anämie) ja nein

Allergien:
 Ekzeme ja nein
 Penicillin-Überempfindlichkeit ja nein
 Asthma ja nein
 Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein
 Überempfindlichkeit gegen _____ ja nein

Infektionskrankheiten:
 Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B) ja nein
 Tuberkulose ja nein
 chronische Erkrankungen der Atemwege – Husten etc. ja nein
 AIDS, HIV ja nein

Immunsystem:
 Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja, welche? _____

Sonstige Erkrankungen:

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit? _____

Weitere Angaben:
 Sind oder waren Sie drogenabhängig? ja nein
 Sind Sie frisch operiert? ja nein
 Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? _____
 Besitzen/möchten Sie ein Röntgennachweisheft? ja nein
 Sind Sie schwanger? (Welcher Monat?) ja nein
 Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege benutzen Sie? _____

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben.

_____ Datum/Unterschrift Patient/Versicherter