



## Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Patientenkontaktdaten (Pflichtfeld)	
Familienname:	
Vorname:	
Straße/Hausnummer:	
PLZ/Wohnort:	
Geburtsdatum:	
Versichertenstatus:	
Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig und unterliegen strengen Datenschutzrichtlinien	
Telefonnummer (privat/ mobil):	
E-Mail:	
Beruf:	
Hausarzt/Name:	
Hausarzt/Telefonnummer:	
Hausarzt/Anschrift:	

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

Herzerkrankungen			
Zustand nach Herzinfarkt:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzinsuffizienz/Herzschwäche:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzmuskelentzündung:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verengung der Herzkranzgefäße:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bypassoperationen:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen Herzpass?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kreislauf			
Niedriger Blutdruck:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bluthochdruck:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angina pectoris:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Durchblutungsstörungen:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des blutbildenden Systems			
Blutarmut:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bluter:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Atemwege/ Lunge			
Asthma:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bronchitis:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein



<b>Magen-Darm-Trakt</b>			
Magenerkrankungen:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Darmerkrankungen:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Blase/ Nieren</b>			
Blasenerkrankungen:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankungen:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dialyse:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Leber</b>			
Gelbsucht:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hepatitis:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Bewegungsapparat</b>			
Rheuma:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheumatische Arthritis:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gicht:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Nervensystem</b>			
Epileptische Anfälle:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kopfschmerzen:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Migräne:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Stoffwechsel</b>			
Zuckererkrankung/ Diabetes:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?</b>			
Haut-/ Geschlechtskrankheiten:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
HIV bzw. AIDS:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krebs/ Tumorerkrankungen:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Röteln, Mumps, Masern, Scharlach		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Covid-19/ SARS COV2		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Sonstiges</b>			
Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche Medikamente?			
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie regelmäßig Drogen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Allergien?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche Allergien? Haben Sie einen Allergiepass?			
Für weibliche Patienten: Sind Sie schwanger?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen Pflegegrad?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein



DR IVETTE SZABADI  
ZAHNÄRZTIN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir danken Ihnen für das Vertrauen, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen.  
Damit wir auf Ihre Wünsche eingehen können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten.

1. Mein letzter Zahnarztbesuch war am \_\_\_\_\_

2. Heute komme ich wegen:

- Zahnschmerzen,
- Zahnfleischbluten / -entzündung,
- weil ich Probleme mit meinem Zahnersatz / Prothese habe,
- weil ich mit der Farbe / Form / Stellung meiner Zähne nicht zufrieden bin,
- andere Gründe \_\_\_\_\_

3. Auf die Praxis bin ich aufmerksam geworden durch:

- Familie, Freunde, Bekannte \_\_\_\_\_
- Internet, Google \_\_\_\_\_
- Instagram, \_\_\_\_\_
- andere Ärzte, Zahnärzte \_\_\_\_\_

4. Mit meinem Lächeln bin ich auf einer Skala von 1 (schlecht) bis 10 (perfekt) zufrieden:



Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnärztin/Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

JA

NEIN

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das **Recall-System** einverstanden. Zum Schutze unserer Umwelt möchten wir Sie gerne digital (per SMS oder e-mail) an Ihre anstehenden Termine erinnern. Hierfür nutzen wir das Terminmanagementsystem von Doctolib.de. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an. Es erfolgt keine Weiterleitung der Daten durch Doctolib an kommerzielle Anbieter.

Recall:  JA

NEIN

Ich wünsche NUR Brief:  JA

Unsere Praxis ist eine Terminpraxis. Dies bedeutet für Sie geringe Wartezeiten. Wir bitten daher, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine ggf. in Rechnung gestellt werden können.

Potsdam, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_