

Erfassungsbogen

Vor- und Zuname ggf. Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Telefon (privat): _____ (dienstlich): _____ (mobil): _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Name Hauptversicherter: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____ Beihilfe: _____ Zusatzversicherung: _____

Überweisender Zahnarzt: _____

Hausarzt: _____

Ich wünsche die Behandlung durch Dr. Carolin Tunkel, Dr. Jochen Tunkel oder einen Ihrer Vertreter. 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.

ja nein

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

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? wenn ja, welche? _____

Vertragen sie gewisse Arzneimittel nicht? wenn ja, welche? _____

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? _____

Haben Sie Heuschnupfen, Jod- oder Penicillinallergie, Hautausschläge, Allergiepaß? _____

Treten bei Ihnen nach Verletzungen oder Zahnziehen stärkere Blutungen auf? _____

Leiden oder litten Sie an den nachstehend aufgeführten Krankheiten? _____

ja nein

ja nein

Herzerkrankung (z.B. Infarkt, Angina pectoris) _____ Migräne _____

Hoher Blutdruck _____ Lebererkrankungen _____

Niedriger Blutdruck _____ (z.B. Gelbsucht, Leberzirrhose) _____

Schlaganfall _____ Rheuma _____

Blutarmut _____ Asthma _____

Nierenerkrankungen _____ Nervenerkrankungen _____

Zuckerkrankheit _____ Krampfleiden _____

Infektionskrankheiten _____ Schilddrüsenerkrankungen _____

(z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids/HIV) _____ Osteoporose _____

Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen? _____ Tumorleiden _____

Wenn ja, welche: _____

Rauchen Sie? _____ Wenn ja, wieviel?: _____ seit wann?: _____

Besteht eine Schwangerschaft? _____ Wenn ja, seit wann?: _____

Sind Sie Blutspender? _____

Grund Ihres Praxis-Besuchs? _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)