

■ Dr. Ute Döring-Scheik
 ■ Dr. Andreas Scheik
 www.zahnaerzte-scheik.de

ZAHNÄRZTE

im CENTRE BREDENEY

Bredeneyer Str. 116
 45133 Essen
 Tel. 0201 / 421202
info@zahnaerzte-scheik.de

Erhebungsbogen über Vorerkrankungen

Patient: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Versicherter: _____
Name Vorname Geburtsdatum Krankenkasse
 gesetzl. versichert zusatzversichert Privatversicherung: _____

Anschrift: _____
Postleitzahl Ort Straße Telefon-Nr. privat Telefon-Nr. gesch.

Name und Anschrift Ihres Hausarztes:

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?		Bitte ausfüllen oder ankreuzen	
		ja	nein
Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	unregelmäßiger Herzschlag (Arhythmien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzasthma (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufkrankungen:	zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt, wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Nervensystems:	epileptiforme Anfälle / Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen:	Blutungsneigungen (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien:	Ekzeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Penicillin-Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Überempfindlichkeit gegen _____		
Infektionskrankheiten:	Leberentzündungen / Gelbsucht (Hepatitis A oder B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	chronische Erkrankungen der Atemwege – Husten etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AIDS, HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsystem:	Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:	_____		
Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?	_____		
Weitere Angaben:	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie frisch operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? _____		
	Besitzen / möchten Sie ein Röntgennachweisheft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie schwanger? (Welcher Monat? _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege benutzen Sie?		

Datum / Unterschrift: