

Erfassungsbogen

Vor- und Zuname ggf. Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

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

E-Mail: _____

Beruf: _____

Name Hauptversicherter: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____ Beihilfe: _____ Zusatzversicherung: _____

Überweisender Zahnarzt / Hauszahnarzt: _____

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. Ich entbinde die Praxis tunkel & tunkel von Ihrer Schweigepflicht gegenüber mitbehandelnden ärztlichen und zahnärztlichen Kollegen und erkläre mich damit einverstanden, dass mit diesen diagnostische Unterlagen zum Zwecke der Behandlungsplanung und -durchführung ausgetauscht werden können. Ich habe die Hinweise zur Verarbeitung meiner Daten in der Praxis ausgehändigt bekommen.

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) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migräne _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen		
Niedriger Blutdruck _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(z.B. Gelbsucht, Leberzirrhose) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutarmut _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervenerkrankungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampfleiden _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten			Schilddrüsenerkrankungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids/HIV) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorleiden _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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)