

# 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

Herzerkrankung (z.B. Infarkt, Angina pectoris) \_\_\_\_\_

Hoher Blutdruck \_\_\_\_\_

Niedriger Blutdruck \_\_\_\_\_

Schlaganfall \_\_\_\_\_

Blutarmut \_\_\_\_\_

Nierenerkrankungen \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten \_\_\_\_\_

(z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids/HIV) \_\_\_\_\_

Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? \_\_\_\_\_

Sind Sie Blutspender? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

Grund Ihres Praxis-Besuchs? \_\_\_\_\_

Migräne \_\_\_\_\_

Lebererkrankungen  
(z.B. Gelbsucht, Leberzirrhose) \_\_\_\_\_

Rheuma \_\_\_\_\_

Asthma \_\_\_\_\_

Nervenerkrankungen \_\_\_\_\_

Epilepsie/Krampfleiden \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankungen \_\_\_\_\_

Osteoporose \_\_\_\_\_

Tumorleiden \_\_\_\_\_

Wenn ja, wieviel?: \_\_\_\_\_ seit wann?: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Pflegestufe? \_\_\_\_\_

Wenn ja, seit wann?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)