



Dr. Wolfgang Stute · Niedernstraße 37 · 33602 Bielefeld · Tel. 0521/66669 · Fax 0521/60057
E-Mail: Stute.Dr.Selectione@t-online.de · Homepage: www.stute-bielefeld.de

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Allgemein + Zahn

Viele Menschen sind krank. Das kann auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitte ich Sie um Ausfüllung dieses Erhebungsbogens. Er wird Ihrer persönlichen Karteikarte angefügt. **Bitte beachten Sie, dass diese Angaben auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, meine Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben.**

Patient:

Name Vorname Geburtsdatum

Mitglied:

Name Vorname Geburtsdatum Krankenkasse

Anschrift:

Postleitzahl Ort Straße Telefon Nr.

Arbeitgeber:

TelefonNr.

Beruf: **Bitte ausfüllen**

oder an ankreuzen

ja nein

Behandelnder Arzt z. Z. in Behandlung

Behandelnder Homöopath/Heilpraktiker z. Z. in Behandlung

Behandelnder Krankengymnast z. Z. in Behandlung

Andere

Die **Berechnungsbasis für diese private Untersuchung** / Beratung ist die GOÄ / GOZ – Gebührenordnung .
Der Kosten – Stundensatz wird von Ärzte - und Zahnärztekammer z.Z. mit 220 ,00 € veranschlagt.

Je begonnene 15 min., d.h.	bis 15 min	- 50,00 €
	16 - 30 min	- 100,00 €
	31 - 45 min	- 150,00 €
	46 - 60 min	- 220,00 €

Ich mache ausdrücklich darauf aufmerksam , dass nicht alle Versicherungsträger und Abrechnungsstellen diese Art der Liquidation erstatten.

Familiäre Erkrankungen:

Allergien	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Nervenerkr.	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	(Juvenil, Alter/ Erworben)	

Sonstiges: _____

Kinderkrankheiten:

Röteln	<input type="checkbox"/>	Mumps	<input type="checkbox"/>	Scharlach	<input type="checkbox"/>
Windpocken	<input type="checkbox"/>	Masern	<input type="checkbox"/>	Keuchhusten	<input type="checkbox"/>

Sonstige: _____

Operationen:

Kieferhöhlen	<input type="checkbox"/>	Zähne	<input type="checkbox"/>	Ohren	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------

Mandeln	<input type="checkbox"/>	Herz	<input type="checkbox"/>	Herz	<input type="checkbox"/>
Gefäße	<input type="checkbox"/>	Magen	<input type="checkbox"/>	Gallenblase	<input type="checkbox"/>
Blinddarm	<input type="checkbox"/>	Unterleib	<input type="checkbox"/>	Niere	<input type="checkbox"/>
Gelenke	<input type="checkbox"/>				

Sonstige: _____

Impfungen:

TBC	<input type="checkbox"/>	Masern	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	Röteln	<input type="checkbox"/>	(A,B,C,D,E)	
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	Tetanus	<input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>
Typhus	<input type="checkbox"/>	Cholera	<input type="checkbox"/>	Gelbfieber	<input type="checkbox"/>
Malaria	<input type="checkbox"/>	Scharlach	<input type="checkbox"/>	FSME	<input type="checkbox"/>
Scharlach	<input type="checkbox"/>	Grippe	<input type="checkbox"/>	(Zecken)	
Tollwut	<input type="checkbox"/>	Pocken	<input type="checkbox"/>	Keuchhusten	<input type="checkbox"/>

Sonstige: _____

Frühere Krankheiten:

Neigung zu Erkältungen	<input type="checkbox"/>	Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Ohrenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischentzündungen	<input type="checkbox"/>	Mandelentzündungen	<input type="checkbox"/>	Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrank.	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Herzkrankungen	<input type="checkbox"/>	Magen-Darmerkrank.	<input type="checkbox"/>	Gallenleiden	<input type="checkbox"/>
Bauchspeicheldrüsenerkrank.	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	Unterleibserkrank.	<input type="checkbox"/>
Prostataleiden	<input type="checkbox"/>	Blasenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Gelenkskrankung	<input type="checkbox"/>	Wirbelsäulenerkrank.	<input type="checkbox"/>	Gehirn-u. Rückenmark.	<input type="checkbox"/>
Muskulaturerkrankung	<input type="checkbox"/>	Knochenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Blutkrankheit	<input type="checkbox"/>
Gefäßerkrankung	<input type="checkbox"/>	Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>		
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Depressionen	<input type="checkbox"/>
Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	Brusterkrankung	<input type="checkbox"/>	Tropenkrankheit	<input type="checkbox"/>
Pfeiffer-Drüsenfieber	<input type="checkbox"/>				

Sonstiges: _____

Aktuelle Beschwerden I :

Energielosigkeit	<input type="checkbox"/>	Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>
Atemnot/Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	Herzklopfen	<input type="checkbox"/>
Gefühl des Herzstolperns	<input type="checkbox"/>	Herzschmerzen	<input type="checkbox"/>	Husten	<input type="checkbox"/>
Heiserkeit	<input type="checkbox"/>	Auswurf	<input type="checkbox"/>	Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	Blähungen	<input type="checkbox"/>	Erbrechen	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	Heißhunger	<input type="checkbox"/>		

Was ist Ihr Lieblings- Nahrungsmittel oder Getränk ?

Was essen oder trinken Sie am häufigsten ?

Vermeehrt Durst	<input type="checkbox"/>	Wenig Durst	<input type="checkbox"/>	Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>
Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/>	Stuhlverstopfung	<input type="checkbox"/>	Durchfälle	<input type="checkbox"/>
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>	Neigung z.kalten Füßen	<input type="checkbox"/>	Neigung zum Frieren	<input type="checkbox"/>
Neigung z. feuchten Händen	<input type="checkbox"/>	Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
Wadenkrämpfe nachts	<input type="checkbox"/>	Angstgefühle	<input type="checkbox"/>	Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>
Wadenkrämpfe beim Gehen	<input type="checkbox"/>				

Aktuelle Beschwerden II:

- | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Neigung zum Grübeln | <input type="checkbox"/> | Alpträume | <input type="checkbox"/> | Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> |
| Hitzewallungen | <input type="checkbox"/> | Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> | Hormonstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Schlechter Schlaf | <input type="checkbox"/> | Innere Unruhe | <input type="checkbox"/> | Hautflechten | <input type="checkbox"/> |
| Haarausfall | <input type="checkbox"/> | Akne | <input type="checkbox"/> | Warzen | <input type="checkbox"/> |
| Muttermale, die wachsen | <input type="checkbox"/> | Doppelbilder | <input type="checkbox"/> | Migräne | <input type="checkbox"/> |
| jucken, bluten | <input type="checkbox"/> | Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | Ohrensausen | <input type="checkbox"/> |
| Sehkraftverschlechterung | <input type="checkbox"/> | Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> | Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> |
| Wirbelsäulenschmerzen | <input type="checkbox"/> | Ödeme | <input type="checkbox"/> | Nierenschmerzen | <input type="checkbox"/> |
| Wasserlassen nachts | <input type="checkbox"/> | Prostataleiden | <input type="checkbox"/> | Sterilität | <input type="checkbox"/> |
| Brennschmerz beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> | Mykosen (Pilze) | <input type="checkbox"/> | Trinken Sie Alkohol ? | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | Rauchen Sie ? | <input type="checkbox"/> | | |

Bekannte Allergie: _____

Sonstiges: _____

Nur für Frauen:

- | | | | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Erste Regelblutung – Alter ? | <input type="checkbox"/> | Regelabstand – Tage | <input type="checkbox"/> | Nehmen Sie die Pille | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie eine Spirale ? | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Haben Sie eine Sterilisation | <input type="checkbox"/> | Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> | | |
| Wie ging es Ihnen während der Schwangerschaft(en) ? _____ | | | | | |

Wann war die letzte Untersuchung bei Ihrem Frauenarzt ? _____

- | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Eierstockentzündung | <input type="checkbox"/> | Eierstockzysten | <input type="checkbox"/> | Eileiterentzündung | <input type="checkbox"/> |
| Gebärmutterentzündung | <input type="checkbox"/> | Myome | <input type="checkbox"/> | Pilzerkrankung | <input type="checkbox"/> |

Geburten (bitte Name + Jahr angeben)

- | | | | | | |
|----------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Fehlgeburt(en) | <input type="checkbox"/> | Totgeburten | <input type="checkbox"/> | Beginn der Wechseljahre | <input type="checkbox"/> |
|----------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|

Becken – Wirbelsäule – Kopf

- | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Beckenfehlstand | <input type="checkbox"/> | zu kurzes Bein | <input type="checkbox"/> | Iliosakralgelenkblockade | <input type="checkbox"/> |
| Bandscheibenvorfall | <input type="checkbox"/> | Kopfschmerzen / Migräne | <input type="checkbox"/> | Chirotherapie | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges:

Haben Sie Haustiere ? Welche:

Mit welchen Materialien haben Sie beruflich zu tun ?

Bekannte Nahrungsmittel-Unverträglichkeit ?

Bekannte Medikamenten-Unverträglichkeit ?

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt ? Arzt.....
Zahnarzt.....

Röntgenbestrahlungen ?

Zahn – Mund – Kiefer

Amalgam / Kunststoff Füllungen.....
Palladium/ Legierungen.....
tote / wurzelgefüllte Zähne
Implantate
Zahnersatz

Bitte beschreiben Sie mit eigenen Worten, Ihre Beschwerden, die Sie in meine Praxis geführt haben:

Nehmen Sie **Medikamente** ein ? : (wenn möglich Name + Dosierung angeben)

Schmerzmittel: _____

Rheumamittel: _____

Antibiotika: _____

Cortison: _____

Schlafmittel: _____

Beruhigungs-
mittel: _____

Pille /
Hormone: _____

Herz-Kreislauf-
mittel: _____

Zytostatika
(Chemotherapie) _____

Naturheilkunde _____
(Homöopatische Mittel usw.)

Sonstige: _____

Tragen Sie einen Herzschrittmacher ?

Haben Sie Organ-Transplantate oder Metallimplantate ?

Sind Sie HIV positiv (AIDS) ?

Haben Sie Narben, die Beschwerden verursachen ?

Schlafen Sie neben einer mit einem Transformator ausgerüsteten Nachtschlampe
(Halogenlampe mit niedriger Spannung)

Fühlen Sie sich unwohl in gewissen Zimmern Ihrer Wohnung ?

Wohnen Sie in einem Holzhaus ?

Ist die elektrische Erdung Ihres Hauses gut ?

Haben Sie die elektrischen und magnetischen Felder (50Hz) in Ihrer Wohnung
messen lassen ?

Benutzen Sie ein Handy (GSM Telefon) ?

Wieviel Stunden am Tag ?

- Lassen Sie Ihr Handy – um keinen Anruf zu versäumen – nachts im Stand-By Betrieb neben Ihrem Bett liegen ?
- Benutzen Sie in Ihrem Wagen (PKW) eine Freisprechanlage ?
- Wohnen Sie in der Nähe einer Übertragungsantenne für Mobiltelefone ?
- Wieviel Meter Abstand ?
- Arbeiten Sie in der Nähe einer Übertragungsantenne für Mobiltelefone ?
- Wieviel Meter Abstand ?
- Arbeiten Sie mit einem Computer (PC) , mit Kathodenstrahl – Bildschirm ?
- Wieviel Stunden am Tag ?
- Ist Ihr Computer mit Funkzubehör ausgerüstet (Tastatur, Maus) ?
- Ist Ihr Haus mit einer elektronischen Mikrowellen-Alarmanlage ausgerüstet ?
- Ist Ihr Haus mit einer Infrarot-Alarmanlage ausgerüstet ?
- Benutzen Sie in Ihrer Wohnung ein schnurloses Telefon (eine oder mehrere Stellen)
- Ist dieses schnurlose Telefon ein DECT-Gerät ?

Wie haben Sie von meiner Praxis erfahren: _____

Bielefeld, den _____

Unterschrift, _____
Patient

Versicherungsnehmer

Herzlichen Dank , für Ihre Auskunft .

Erstellung von Rechnungen / Liquidationen :

Ich bitte um Beachtung insbesondere für Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen, Postbeamten Krankenkassen :

Homöopathische und Herd-Störfeldberatungen/Therapien sowie Beratungen, Therapien und Testungen zu Tumor-, Aids-, Haut-, Kopf- und anderen Erkrankungen, Schmerzzuständen, Implantaten, über Amalgam, Zahnersatz-Materialien, Füllungs-Materialien, tote Zähne, Auswirkungen auf vorliegende Erkrankungen, Auswertungen mitgebrachter Röntgenaufnahmen und von Untersuchungsergebnissen sowie der Komplex **adjustierte** Schienentherapie und Regenerative Krankengymnastik nach Cross usw. müssen **privat** in Rechnung gestellt werden. Sie sind nicht Inhalt der Untersuchung/Beratung auf Krankenkassenversicherungskarte (gesetzlicher Krankenkassen), sog. 01, Ä1.

Die Berechnungsbasis ihrer Liquidation ist der Stundensatz der Ärztekammer / Zahnärztekammer-Westfalen Lippe (z.Zt. 220,00 €).

Je begonnene 15 min., d.h.	bis 15 min	- 50,00 €
	16 - 30 min	- 100,00 €
	31 - 45 min	- 150,00 €
	46 - 60 min	- 220,00 €

Kenntnisnahme und Einverständniserklärung:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Kenntnisnahme und Einverständniserklärung:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich erkläre, als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, die Abrechnung der ärztlichen / zahnärztlichen Behandlung nach dem Prinzip der Kostenerstattung (§ 13 S GBV) vornehmen zulassen (nicht über Krankenversicherungskarte) und erhalte eine Privatrechnung nach GOZ. Mir ist bewusst, dass auch Erstattungen durch die verschiedenen Kostenträger nicht gewährleistet sind und ich ggf. keine Kostenerstattungen erhalte. Das Problem der Kostenerstattung betrifft auch Privatversicherungen und Postbeamtenkassen und Beihilfestellen.

Datum: _____ Unterschrift: _____