

Patientenerhebungsbogen

Familienname: **Hausarzt:**
Vorname: **Anschrift:**
Straße/Hausnummer:
PLZ/Wohnort: **Telefonnummer:**
Geburtsdatum:
Versichertenstatus:
Telefonnummer (privat): **Mobil:**
E-Mail:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Hoher Blutdruck:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anfallsleiden (Epilepsie):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asthma/Lungenerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blutgerinnungsstörungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes/Zuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nervenerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Endokarditis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzoperation:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ohnmachtsanfälle:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Osteoporose Erkrankung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hochgradige Neutropenie:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mukoviszidose-Erkrankung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Raucher:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Organtransplantiert:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rheuma/Arthritis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stammzellentransplantiert:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Sonstige Erkrankungen
Infektiöse Erkrankungen	
HIV-Infektion/Stadium AIDS:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Allergien bzw. Unverträglichkeiten	
Lebererkrankung/Hepatitis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lokalanästhesie/Spritzen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Antibiotika:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
MRSA:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schmerzmittel:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Creutzfeld-Jakob-Krankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Metalle:	
Neue Variante Creutzf.J.Krankh.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	Wenn ja, wann?
Wenn ja, in welchem Monat		

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. Zurzeit: seit
..... seit

Nehmen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnärztin/Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

Datum **Unterschrift:**