

# Patientenerhebungsbogen

Name: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 Geb. am: \_\_\_\_\_  
 Telefon (privat): \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_  
 Versichert:  Kasse  Privat

Vorname: \_\_\_\_\_  
 Ort: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Hausarzt: \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
 welche: \_\_\_\_\_



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.

<b>Herz-/ Kreislauferkrankungen:</b>		<b>Allgemeine Erkrankungen:</b>	
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschriltmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankung / Dialyse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall/Apoplex	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anfallsleiden / Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Neurologische Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörung/-probleme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sonstige Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		wenn ja, welche? _____	
Xarelto/Pradaxa/Eliquis/Marcumar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Plavix/Iscover	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche? _____	
ASS 100	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	
		_____	
<b>Infektiöse Erkrankungen:</b>		Medikamentenliste vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hepatitis A/B/C / Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Raucher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Organtransplantiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Stammzellentransplantiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/ Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob- Krankheit (vCJK)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Sonstige Angaben:</b>	
<b>Allergien:</b>		<b>Erinnerungsservice</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Angstpatient</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Interesse an Ästhetik</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel / Metalle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Aufbisschiene/Knirscherschiene</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja, welche? _____		<b>Professionelle Zahnreinigung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergiepass vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Röntgenpass vorhanden</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Besteht eine Schwangerschaft?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Basistarif (bei Privatversicherten)?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja, welche SSW? _____		<b>Beihilferechtigt (bei Privatversicherten)?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Nehmen Sie Bisphosphonate?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit _____	
<b>Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit _____	
<b>Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit _____	
<b>Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit _____	
<b>Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?</b>	<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) Zahnarzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_