

## Patientenerhebungsbogen

Name, Vorname des **Patienten**:

geb. am:

Anschrift:

Telefon (privat):

(dienstlich):

E-Mail:

Hausarzt:

Telefon:

Anschrift:

**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.

### **Herz-/Kreislaufkrankungen:**

Hoher Blutdruck  ja  nein  
Niedriger Blutdruck  ja  nein  
Herzklappenfehler  ja  nein  
Herzklappenersatz  ja  nein  
Herzschrittmacher  ja  nein

### **Infektiöse Erkrankungen:**

HIV-Infektion/Stadium AIDS  ja  nein  
Lebererkrankung/Hepatitis  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein  
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)  ja  nein

### **Sonstiges:**

Mukoviszidose-Erkrankung  ja  nein

Anfallsleiden (Epilepsie)  ja  nein  
Asthma/Lungenkrankheit  ja  nein  
Blutgerinnungsstörung  ja  nein  
Diabetes/Zuckerkrankheit  ja  nein  
Sonstige Erkrankungen  ja  nein  
Wenn ja, welche? .....

Drogenabhängigkeit  ja  nein  
Nervenerkrankung  ja  nein  
Nierenerkrankungen  ja  nein  
Ohnmachtsanfälle  ja  nein  
Osteoporoseerkrankung  ja  nein  
Raucher  ja  nein  
Rheuma/Arthritis  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankung  ja  nein

### **Allergien bzw. Unverträglichkeiten:**

Lokalanästhesie/Spritzen  ja  nein  
Antibiotika  ja  nein

Metalle.....

### **Medikamente**

Nehmen Sie Bisphosphonate?  ja  nein  
Stehen Sie in medik. Chemotherapie?  ja  nein  
Stehen Sie in Strahlentherapie bei  
Krebserkrankung?  ja  nein  
Nehmen Sie hochdosierte Steroide/  
Immunsuppressiva?  ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Wenn ja in welchem Monat? ..... Monat

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

.....  
.....

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann? .....

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Verarbeitung zur Erfüllung der vertraglichen Verpflichtung einverstanden  ja  nein

Ich erkläre mich mit der Aufnahme in das Bonus-Erinnerungs / Recall-System einverstanden  ja  nein

Ich bin mit der Einsichtnahme weiterbehandelnder Zahnärzte in meine Patientenakte einverstanden  ja  nein

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.

....., den .....

Unterschrift.....

