

Patientenerhebungsbogen

Name, Vorname des/der Patient/in: _____

Anschrift: _____

geboren am: _____ Hausarzt – Name: _____

Telefon (privat): _____ HA – Anschrift: _____

Telefon (dienstlich): _____

Beruf/Arbeitgeber: _____ HA – Telefon: _____

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-/ Kreislaferkrankungen:

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/Lungenerkrankungen	<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
Angina pectoris	<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
Rhythmusstörung	<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
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Osteoporoseerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Grauer oder Grüner Star	<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	Drogen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stammzelltransplant.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja, welche? _____		MRSA-Keim	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
 Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
 Tuberkulose ja nein
 Andere Infektionskrankheiten ja nein
 wenn ja, welche? _____

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
 Antibiotika ja nein
 Schmerzmittel ja nein
 Metalle _____
 Kunststoffe _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
 wenn ja, in welchem Monat? _____

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?
 wenn ja, wann? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

Nehmen Sie Bisphosphonate? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Nehmen Sie regelmäßig Blutverdünner ein? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Endokarditisprophylaxe ja nein

Wie wichtig ist Ihnen auf einer Skala von 1-6 (Schulnotenprinzip):

eine Füllung, die man beim Lachen nicht sieht? 1 2 3 4 5 6

hochwertiger Zahnersatz? 1 2 3 4 5 6

Professionelle Zahnreinigung? 1 2 3 4 5 6

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung, Nutzung und Weiterleitung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System und zu Zwecken der Abrechnung einverstanden.

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.

Ort / Datum _____

Unterschrift _____