

Patientenerhebungsbogen

Name, Vorname des Patienten:

Geboren am:

Anschrift:

Telefon (privat):

(dienstlich):

Beruf:

Hausarzt:

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- / Kreislauferkrankungen:

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

Mukoviszidose-Erkrankung

ja nein

Organtransplantiert

ja nein

Stammzellentransplantiert

ja nein

Infektiöse Erkrankungen

HIV-Infektion ja nein
 Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
 Tuberkulose ja nein
 Infektionskrankheiten (z.B. MRSA) ja nein
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) ja nein

Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

Wenn ja, in welchem Monat?

Nehmen Sie Bisphosphonate?

ja nein seit

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?

ja nein seit

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?

ja nein seit

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?

ja nein seit

Liegt ein Pflegegrad nach §15 SGB XI vor?

ja nein

Nehmen Sie einer Eingliederungsmaßnahme nach §99 SGB IX teil?

ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit?

seit

seit

Anfallsleiden (Epilepsie)

ja nein

Asthma/Lungenerkrankungen

ja nein

Blutgerinnungsstörungen

ja nein

Diabetes/Zuckerkrankheit

ja nein

Drogenabhängigkeit

ja nein

Nervenerkrankung

ja nein

Nierenerkrankung

ja nein

Osteoporoseerkrankung

ja nein

Raucher

ja nein

Rheuma/Arthritis

ja nein

Schilddrüsenerkrankung

ja nein

Sonstige Erkrankungen:

ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein

Antibiotika ja nein

Schmerzmittel ja nein

Metalle: ja nein

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

ja nein

Wenn ja, wann?

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) Zahn-arzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

, den

Unterschrift: