

# Patientenerhebungsbogen

Familiennam e	Straße/Hausnum m er	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vornam e	PLZ/Wohnort	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnum m er (privat)*	E-Mail*	ggf. Hausarzt (Nam e, Adresse, Telefon)*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnum m er (m obil)*	Beruf*	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ggf. gesetzlicher Vertreter (Nam e & Adresse)		Geburtsdatum gesetzlicher Vertreter
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Versichertenstatus	Nam e der Krankenkasse	Besteht eine Zahn-Zusatzversicherung?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

\*) Diese Angaben sind freiwillig

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.

Bitte kreuzen Sie zutreffende Krankheitsbilder an:

## Herz-/Kreislaferkrankungen

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck     | <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler | <input type="checkbox"/> Herzschrittma cher | <input type="checkbox"/> Herzoperation |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> Endokarditis       |  |

## Immunosupprimierte Patienten

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hochgradige Neutropenie | <input type="checkbox"/> Mukoviszidose-Erkrankung | <input type="checkbox"/> Organtransplantiert | <input type="checkbox"/> Stammzellentransplantiert |
|--|---|--|--|

## Infektiöse Erkrankungen

- |  |                                      |  |                               |
|--|--------------------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HIV-Infektion/Stadium AIDS  | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung/Hepatitis | <input type="checkbox"/> MRSA |
| <input type="checkbox"/> Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK) / Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK) |                                      |  |                               |
| <input type="checkbox"/> sonstige bakterielle / virale Erkrankungen? _____                                     |                                      |  |                               |

## Sonstige Krankheitsbilder

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)    | <input type="checkbox"/> Asthma/Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Diabetes/Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Drogenabhängigkeit           | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung        | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen      | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle         |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose Erkrankung       | <input type="checkbox"/> Raucher                 | <input type="checkbox"/> Rheuma/Arthritis        | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen: _____ |  |  |   |

bitte um drehen

## Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie/Spritzen     Antibiotika     Schmerzmittel

Metalle/welche: \_\_\_\_\_     Sonstige Allergien? \_\_\_\_\_

## Einnahme von Medikamenten

Welche Medikamente? \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_

Weitere Medikamente? \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_

Haben Sie in der Vergangenheit Medikamente eingenommen?     Nein     Ja     Abgesetzt am: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Bisphosphonate?     Nein     Ja, seit: \_\_\_\_\_     Abgesetzt am: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?     Nein     Ja, seit: \_\_\_\_\_

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?     Nein     Ja, seit: \_\_\_\_\_

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?     Nein     Ja, seit: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie hochdosierte Steroide/Immunsuppressiva?     Nein     Ja, seit: \_\_\_\_\_

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?     Nein     Ja, seit: \_\_\_\_\_

## Röntgen

Wurden bei Ihnen Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt?     Ja Wann? \_\_\_\_\_     Nein

## Sonstiges

Besteht eine Schwangerschaft?     Ja, Monat: \_\_\_\_\_     Nein

Sind/ Waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung?     Ja, seit: \_\_\_\_\_     Nein

Wünschen Sie eine örtliche Betäubung für die Zahnbehandlung?     Ja     Nein

Ich bin mit der Farbe meiner Zähne zufrieden     Ja     Nein

Ich bin mit der Stellung meiner Zähne zufrieden     Ja     Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?     Familie/Freunde/Bekannte     Internet  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.     Ja     Nein

per E-Mail \_\_\_\_\_

per SMS \_\_\_\_\_

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.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift