

Patientenerhebungsbogen

Familienname

Straße/Hausnummer

Geburtsdatum

Vorname

PLZ/Wohnort

Geburtsort*

Telefonnummer (privat)*

E-Mail

Ggf. Hausarzt (Name, Adresse, Telefon)*

Telefonnummer (mobil)

Beruf*

Ggf. gesetzlicher Vertreter (Name & Adresse)*

Geburtsdatum gesetzlicher Vertreter*

Versichertenstatus

Name der Krankenkasse

Besteht eine Zahn-Zusatzversicherung?

* Freiwillige Angaben

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-/Kreislaufkrankungen

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

Immunsupprimierte Patienten

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

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? _____ | | | <input type="checkbox"/> keine |

Sonstige Krankheitsbilder

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Asthma/Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> 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: _____ | | | <input type="checkbox"/> keine |

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lokalanästhesie/Spritzen | <input type="checkbox"/> Antibiotika | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> keine |
| <input type="checkbox"/> Metalle/welche: _____ | | <input type="checkbox"/> Sonstige Allergien? _____ | |

Bitte umdrehen

Einnahme von Medikamenten

Welche Medikamente? _____ Seit: _____

Weitere Medikamente? _____ Seit: _____

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

Nehmen Sie Bisphosphate? 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 hoch dosierte 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 der 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
 Google Suche
 Social Media (Instagram, Facebook, Jameda)

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
 Sonstige: _____

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

Senden Sie den ausgefüllten Anamnesebogen bitte an: sekretariat@dr-heimhilger.de