

Patientenerhebungsbogen

Sehr geehrte(r) Patient(in), Bitte füllen Sie beide Seiten diesen Bogens vollständig aus.

| | |
|---------------------------------|---------------|
| Patient: | |
| Name: | Vorname: |
| Anschrift: | Geburtsdatum: |
| Telefon (beste Erreichbarkeit): | E-Mail: |
| Hausarzt: | |
| Name: | Ort: |

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.

Haben Sie einen Pflegegrad? ja nein Welchen?

Herz-/ Kreislaufferkrankungen:

| | | |
|----------------------------------|----|------|
| Hoher Blutdruck | ja | nein |
| Niedriger Blutdruck | ja | nein |
| Herzklappenfehler | ja | nein |
| Herzklappenersatz | ja | nein |
| Herzschrittmacher | ja | nein |
| Endokarditis | ja | nein |
| Herzoperation | ja | nein |
| Herzrhythmusstörungen | ja | nein |
| Hochgradige Neutropenie | ja | nein |
| Mukoviszidose | ja | nein |
| Organtransplantiert | ja | nein |
| Stammzellentransplantiert | ja | nein |

Anfallsleiden (Epilepsie)

| | | |
|----------------------------------|----|------|
| | ja | nein |
| Asthma/Lungenerkrankungen | ja | nein |
| Blutgerinnungsstörungen | ja | nein |
| Diabetes/Zuckerkrankheit | ja | nein |
| 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 |
| Sonstige Erkrankungen: | ja | nein |

falls ja, welche:

Infektiöse Erkrankungen:

| | | |
|--|----|------|
| HIV-Infektion/Stadium AIDS | 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 |

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

| | | |
|--------------------------|----|------|
| Lokalanästhesie/Spritzen | ja | nein |
| Antibiotika | ja | nein |
| Schmerzmittel | ja | nein |
| Metalle: | | |

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
 Wenn ja, in welchem Monat? Monat

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig, bzw. zurzeit?

Nehmen Sie Bisphosphonate?

ja, seit
nein

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?

ja, seit
nein

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?

ja, seit
nein

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?

ja, seit
nein

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? ja nein

Vereinbarungen:

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden. Ich möchte den Recall erhalten per: Email Postkarte

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 Auskunftsei eingeholt wird. Desweiteren bin ich einverstanden, dass Röntgenbilder an weiterbehandelnde Ärzte übermittelt werden.

(Ort) , den (Datum)

Unterschrift:
(Bitte unterschreiben Sie auf dem ausgedruckten Formular)