

Patientenerhebungsbogen



Name, Vorname des Patienten: _____

Anschrift: _____

geb. am: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf/Tätigkeit: _____

Hausarzt: _____

Telefon: _____

Anschrift: _____

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-/Kreislaufferkrankungen:

- Hoher Blutdruck ja nein
- Niedriger Blutdruck ja nein
- Herzklappenfehler ja nein
- Herzklappenersatz ja nein
- Herzschrittmacher ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

- HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
- Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
- Tuberkulose ja nein
- Sonstiges _____

Sonstiges:

- Mukoviszidose-Erkrankung ja nein
- Organtransplantiert ja nein
- Stammzellentransplantation ja nein
- Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein
- Asthma/Lungenkrankheit ja nein
- Blutgerinnungsstörung ja nein
- Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein
- Sonstige Erkrankungen ja nein

- Drogenabhängigkeit ja nein
- Nervenerkrankung ja nein
- Nierenerkrankungen ja nein
- Ohnmachtsanfälle ja nein
- Osteoporoseerkrankung ja nein
- Raucher ja nein
- Rheuma/Arthritis ja nein
- Schilddrüsenerkrankungen ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
- Antibiotika ja nein
- Metalle _____

Regelmäßige Medikamente/Spritzen:

- Nehmen Sie Bisphosphonate? ja nein
- Nehmen Sie Krebsmedikamente? ja nein
- Stehen Sie in medik. Chemotherapie? ja nein
- Stehen Sie in Strahlentherapie bei
Krebserkrankung? ja nein
- Nehmen Sie hochdosierte Steroide/
Immunsuppressiva? ja nein

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

Wurden bei Ihnen größere ja nein
Operationen im Krankenhaus
durchgeführt?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit?

_____ seit _____
_____ seit _____
_____ seit _____

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

Haben Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen? Ja Nein

Welche Zahnbürste verwenden Sie? manuell (Hand) elektrisch Schall

Blutet es beim Zähneputzen? ja, immer selten nie

Besteht eine Neigung zum Knirschen oder Pressen mit den Zähnen? Ja Nein

Ist Ihre Kaumuskulatur oft verspannt? Kracht das Kiefergelenk? Ja Nein

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Verarbeitung zur Erfüllung der vertraglichen Verpflichtung einverstanden Ja Nein

Ich erkläre mich mit der Aufnahme in das Bonus-Erinnerungs-/Recall-System einverstanden Ja Nein

Ich bin mit der Einsichtnahme weiterbehandelnder Zahnärzte in meine Patientenakte einverstanden Ja Nein

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 48 Stunden 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 / Zahntechnischen Leistungen, für die zur Erfüllung eine finanzielle Vorleistung erforderlich ist, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

_____, den _____ Unterschrift _____