

# 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-/Kreislaufkrankungen:

- 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 \_\_\_\_\_