

Patientenerhebungsbogen

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

Patient:	
Name, Vorname:	Geburtsname:
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:		
	ja	nein

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 per Postkarte erhalten: 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 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.

, den

(Ort)

(Datum)

Unterschrift:

(Bitte unterschreiben Sie auf dem ausgedruckten Formular)