

Patientenerhebungsbogen

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____

Geburtsort: _____

Versicherter (Name, Anschrift, Geburtsdatum): _____

Telefon privat: _____ Telefon Mobil: _____

Beruf/ Arbeitgeber: _____ Hausarzt: _____

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	Diabetes/Zuckerkrankheit	☐ ja	☐ nein
Niedriger Blutdruck	☐ ja	☐ nein	Schilddrüsenerkrankung	☐ Überfunktion	☐ Unterfunktion
Herzklappenfehler	☐ ja	☐ nein	Nierenerkrankung	☐ ja	☐ nein
Herzklappenersatz	☐ ja	☐ nein	Ohnmachtsanfälle	☐ ja	☐ nein
Herzschrittmacher	☐ ja	☐ nein	Nervenerkrankung	☐ ja	☐ nein
Endokarditis	☐ ja	☐ nein	Tumorerkrankung	☐ ja	☐ nein
Herzoperation	☐ ja	☐ nein	Osteoporose	☐ ja	☐ nein
(Wenn Sie einen Herzpass besitzen, bitte vorlegen.)			Rheuma/Arthritis	☐ ja	☐ nein
Schlaganfall	☐ ja	☐ nein	Anfallsleiden (Epilepsie)	☐ ja	☐ nein
Asthma (Atemnot)	☐ ja	☐ nein	Blutgerinnungsstörung	☐ ja	☐ nein

Sonstige Erkrankungen: _____

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/AIDS	☐ ja	☐ nein
Hepatitis (Hep.A, Hep.B, Hep.C)	☐ ja	☐ nein
Tuberkulose (TBC)	☐ ja	☐ nein
MRSA	☐ 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 innerhalb des letzten Jahres zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann? _____

Nehmen sie regelmäßig bzw. zur Zeit Medikamente? (z.B. Schmerzmittel, ASS, Marcumar)

☐ ja ☐ nein

Wenn, ja welche? _____

Nehmen Sie Bisphosphonate? ☐ ja ☐ nein seit _____

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie oder Strahlentherapie? ☐ ja ☐ nein seit _____

Haben Sie einen Pflegegrad? ☐ ja ☐ nein Wenn, ja welchen?

Rauchen Sie: ☐ ja ☐ nein

Wann war Ihre letzte zahnärztliche Kontrolle / Zahnsteinentfernung?

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten einverstanden. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Meldung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Hannover, den _____ Unterschrift _____