

Patientenerhebungsbogen

Name:

Hausarzt*:

Vorname:

Anschrift*:

Anschrift:

Telefon*:

geb. am:

Versichertenstatus:

E-Mail*:

Telefon (privat)*:

(Mobil)*:

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-/ Kreislauferkrankungen:

Hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Herzklappenfehler ja nein
Herzklappenersatz ja nein
Herzschrittmacher ja nein
Endokarditis ja nein
Herzoperation ja nein

Hochgradige Neutropenie ja nein
Mukoviszidose-Erkrankung ja nein
Organtransplantiert ja nein
Stammzellentransplantiert ja nein

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

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

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

Nehmen Sie Bisphosphonate? ja nein

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? ja nein

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? ja nein

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva? ja nein

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? 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

Schilddrüsenkrankung ja nein

Sonstige Erkrankungen: ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein

Antibiotika ja nein

Schmerzmittel ja nein

Metalle:

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche

Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann?

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) Zahnarzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

....., den

Unterschrift:

* freiwillige Angabe