

Patientenerhebungsbogen

Patientenkontaktdaten	
Familienname:	
Vorname:	
Straße/Hausnummer:	
PLZ/Wohnort:	
Geburtsdatum:	
Mobilfunknummer:	
Versichertenstatus:	
Die 3 nachfolgenden Angaben sind freiwillig!	
Zahnezusatzversicherung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name:
Beruf:	
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-/Kreislaufkrankungen			
Hoher Blutdruck:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Endokarditis:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzoperation:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Immunsupprimierte Patienten			
Hochgradige Neutropenie:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mukoviszidose-Erkrankung:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Organtransplantiert:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stammzellentransplantiert:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektiöse Erkrankungen			
HIV-Infektion/Stadium AIDS:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung/Hepatitis:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MRSA:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/ (vCJK):		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sonstige Krankheitsbilder			
Anfallsleiden (Epilepsie):		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma/Lungenerkrankung:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes/Zuckerkrankheit:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Drogenabhängigkeit:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nervenerkrankung:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankungen:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsanfälle:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose Erkrankung:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Raucher:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Rheuma/Arthritis:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung:	Bitte wenden und Seite 2 ausfüllen!	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen:			
Allergien bzw. Unverträglichkeiten			
Lokalanästhesie/Spritzen:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Antibiotika:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Metalle/welche:			
Schwangerschaft			
Besteht eine Schwangerschaft?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welchem Monat?	Monat:		
Röntgen			
Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	Wenn ja, wann? Monat/Jahr:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einnahme von Medikamenten			
Welche Medikamente:			
Nehmen Sie Bisphosphonate?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	Datum:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Mir ist bekannt, dass ein vereinbarter Termin extra für mich freigehalten wird. Es ist deshalb aus organisatorischen Gründen notwendig ist, dass ich für den Fall einer Verhinderung rechtzeitig - das heißt spätestens ein Werktag vor dem Termin - absage, damit noch die Möglichkeit besteht einen Ersatzpatienten einzubestellen.

Sollte ich dennoch nicht rechtzeitig absagen, ist mir bekannt, dass mir die Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung gemäß BGB §615 in Rechnung gestellt werden, wobei der Wert dessen anzurechnen ist, was infolge des Unterbleibens der Behandlung erspart wurde oder durch Behandlung anderer Patienten erworben wurde.

Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage. Beim zweimaligen Nichterscheinen werden keine weiteren Termine mehr vergeben.

Ich bin einverstanden, dass mir bei vereinbarten Terminen kostenfreie Terminerinnerungen an meine o.g. Mobilfunknummer gesendet werden. Sollte ich diesem ausdrücklich widersprechen wollen, kann ich dies jederzeit tun, indem ich meinen Widerspruch schriftlich per mail an mail@zahnarzt-breitenfelde.de oder per Post an Dr. Julian Arzer Zahnarztpraxis Breitenfelde, Dorfstr. 24, 23881 Breitenfelde mitteile.

Ergeben sich Änderungen über meinen Gesundheitszustand, teile ich dies umgehend mit.

....., den **Unterschrift:**

(Ort/Datum)