

Patientenerhebungsbogen

Patientenkontaktdaten	
Familiename:	
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! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/Kreislaufkrankungen		
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
Herz-Entzündung (Endokarditis):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzoperation:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Immunsupprimierte Patienten		
Liegt eine Immunsuppression vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
z.B. Neutropenie, Mukoviszidose-Erkrankung oder Organ-Stammzell-Transplantiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektiöse Erkrankungen		
HIV / 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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Infektion: _____	<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

Rheuma/Arthritis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Raucher:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
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
Sonstige Allergien: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft		
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja / Monat: _____	<input type="checkbox"/> nein
Röntgen		
Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	<input type="checkbox"/> ja / Wann: _____	<input type="checkbox"/> nein
Einnahme von Medikamenten		
Welche Medikamente: _____		
Nehmen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebskr.?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Hinweise:		

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

Mir ist bekannt, dass ein vereinbarter Termin extra für mich freigehalten wird. Im Fall einer Verhinderung sage ich rechtzeitig/ einen Werktag vor dem Termin ab. Sollte ich nicht rechtzeitig absagen, können mir die Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung gemäß BGB §615 in Rechnung gestellt werden. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Ich bin einverstanden, dass mir bei vereinbarten Terminen kostenfreie Terminerinnerungen an meine o.g. Mobilfunknummer gesendet werden. Ich kann diesem jederzeit widersprechen, 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.

..... , den Unterschrift:

(Ort/Datum)