

Patientenerhebungsbogen

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

Patient:	
Name:	Vorname:
Anschrift:	Geburtsdatum:
Telefon (beste Erreichbarkeit):	E-Mail:
Hausarzt:	
Name:	Ort:
Status Krankenkasse / Versicherung:	
Gesetzlich versichert	Privat versichert
Ich nutze die elektronische Patientenakte (ePA)	Private Zusatzversicherung
	Beihilfeberechtigt
	Basistarif / Standardtarif

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
Herzschrillmacher	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:

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
Falls ja, welche?

Vereinbarungen:

Recall:

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System (Erinnerung an Vorsorgeuntersuchung) einverstanden. Die Vorsorge-Erinnerung erfolgt per Email: **Ja** **Nein**

Änderungsmitteilung:

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.

Bonitätsauskunft:

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die meine(e) Zahnarzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

Ich bin damit einverstanden, dass für die Behandlung relevante Röntgenbilder an weiterbehandelnde Ärzte übermittelt werden.

, den

(Ort)

(Datum)

Unterschrift:

(Bitte unterschreiben Sie auf dem ausgedruckten Formular)