Patientenerhebungsbogen

Name, Vorname des Patienten,

Anschrift

geb. am

E-Mail:

Telefon (privat): ..... (dienstlich): .....

Beruf: ..... Hausarzt: Name: .....

Anschrift: ..... Telefon: .....

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:			**Anfallsleiden (Epilepsie)**	☐ ja	☐ nein
Hoher Blutdruck	☐ ja	☐ nein	**Asthma/Lungenerkrankungen**	☐ ja	☐ nein
Niedriger Blutdruck	☐ ja	☐ nein	**Blutgerinnungsstörungen**	☐ ja	☐ nein
Herzklappenfehler	☐ ja	☐ nein	**Diabetes/Zuckerkrankheit**	☐ ja	☐ nein
Herzklappenersatz	☐ ja	☐ nein	**Drogenabhängigkeit**	☐ ja	☐ nein
Herzschrittmacher	☐ ja	☐ nein	**Nervenerkrankung**	☐ ja	☐ nein
Endokarditis	☐ ja	☐ nein	**Nierenerkrankungen**	☐ ja	☐ nein
Herzoperation	☐ ja	☐ nein	**Ohnmachtsanfälle**	☐ ja	☐ nein
			Osteoporoseerkrankung	☐ ja	☐ nein
Hochgradige Neutropenie	☐ ja	☐ nein	**Raucher**	☐ ja	☐ nein
Mukoviszidose-Erkrankung	☐ ja	☐ nein	**Rheuma/Arthritis**	☐ ja	☐ nein
Organtransplantiert	☐ ja	☐ nein	**Schilddrüsenerkrankung**	☐ ja	☐ nein
Stammzellentransplantiert	☐ ja	☐ nein	**Sonstige Erkrankungen:**	☐ ja	☐ nein
			……		

Infektiöse Erkrankungen:			**Allergien bzw. Unverträglichkeiten:**		
HIV-Infektion/Stadium AIDS	☐ ja	☐ nein	Lokalanästhesie/Spritzen	☐ ja	☐ nein
Lebererkrankung/Hepatitis	☐ ja	☐ nein	Antibiotika	☐ ja	☐ nein
Tuberkulose	☐ ja	☐ nein	Schmerzmittel	☐ ja	☐ nein
Infektionskrankheiten (z. B. MRSA)	☐ ja	☐ nein	Metalle: ……..		
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK)				☐ ja	☐ nein

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? ..... seit .....

..... seit .....

Nehmen Sie Bisphosphonate?	☐ ja	☐ nein	seit …….....
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	☐ ja	☐ nein	seit …….....
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	☐ ja	☐ nein	seit …….....
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?	☐ ja	☐ nein	seit …….....
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	☐ ja	☐ nein	Datum: …..……

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

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) Zahn-arzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunftei eingeholt wird.

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