

PATIENTENERHEBUNGSBOGEN

Name, Vorname **Patient/in**, Anschrift

geb. am: _____ E-Mail: _____

Familienversichert über: _____ geb. am: _____

Telefon (privat): _____ (dienstlich): _____

Hausarzt _____ Ort: _____

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..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Niedriger Blutdruck/Ohnmachtsanfälle..... | <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 |
| Schlaganfall..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Lungenerkrankungen:

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Mukoviszidose-Erkrankung..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Chronische Bronchitis..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Nervenerkrankung

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

- | | | |
|----------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <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 |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Raucher/in | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

- | | | |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Verminderte weiße Blutkörperchen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Organtransplantiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Stammzelltransplantiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Rheuma/Arthritis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

Infektiöse Erkrankungen:

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| HIV-Infektion oder 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 |
| andere Infektionskrankheiten
(z. B. MRSA, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Allergien bzw. Unverträglichkeiten (wenn ja, welche):

Lokalanästhesie/Spritzen..... ja nein
Antibiotika..... ja nein
Schmerzmittel..... ja nein
Metall..... ja nein
Anderes..... ja nein

Osteoporose Erkrankung

ja nein

Nehmen Sie Bisphosphonate (Knochenstärkende Medikamente)?

ja nein

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?

ja nein

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebskrankung?

ja nein

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/ Immunsuppressiva?

ja nein

Sonstige Erkrankungen:

Besteht eine Schwangerschaft?..... ja nein

Wenn ja in welchem Monat? _____ Monat

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit? (bitte auch die Pille angeben)

Wenn vorhanden, bitte Medikamentenpass zur Kopie vorlegen.

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann? _____ Monat / Jahr

Sind bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen in den letzten zwei Jahren bei einem anderen Zahnarzt gemacht worden?..... ja nein

wo? _____

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung meiner Daten, auch zur Terminerinnerung (Recall) einverstanden.

Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen meines gesundheitlichen Zustandes mitzuteilen.

Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, können nach § 615 BGB in Rechnung gestellt werden.

Vaihingen/Enz, den _____

Unterschrift: _____

Name: _____