

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.....	<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
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
Stammzellentransplantiert.....	<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.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

(z. B. MRSA, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK))

bitte wenden

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 Krebserkrankung?**☐ 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: _____