



PATIENTENERHEBUNGSBOGEN

Name, Vorname des **Patienten**, Anschrift

geb. am: _____ E-Mail: _____

Versichert mit: _____ 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-/ Kreislaferkrankungen:

Hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck/Ohnmachtsanfälle ja nein
Herzklappenfehler..... ja nein
Herzklappenersatz..... ja nein
Herzschrittmacher..... ja nein
Endokarditis..... ja nein
Herzoperation ja nein
Schlaganfall..... ja nein

Lungenerkrankungen:

Mukoviszidose-Erkrankung, ja nein
Chronische Bronchitis..... ja nein
Asthma..... ja nein

Nervenerkrankung ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Ohnmachtsanfälle ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein

Drogenabhängigkeit ja nein

Raucher/in ja nein

Verminderte weiße Blutkörperchen..... ja nein

Organtransplantiert ja nein

Stammzellentransplantiert..... ja nein

Rheuma/Arthritis..... ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS..... ja nein

Lebererkrankung/Hepatitis ja nein

Tuberkulose ja nein

andere Infektionskrankheiten..... ja nein

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

Seite 2

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- 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? nein ja 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: _____

