



**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-/ Kreislaufferkrankungen:**

- 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: \_\_\_\_\_

