



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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<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

Lungenerkrankungen z.B.

Mukoviszidose-Erkrankung,

chronische Bronchitis	<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
Asthma	<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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Osteoporose Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hochgradige Neutropenie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mukoviszidose-Erkrankung	<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/Stadium 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))

Seite 2

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
- Antibiotika ja nein
- Schmerzmittel ja nein
- Metall ja nein

- Nehmen Sie Bisphosphonate? 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?
Wenn vorhanden bitte Medikamentenpass zur Kopie vorlegen.

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann? Monat/Jahr _____

Hat sich etwas seit Ihrem letzten Zahnarztbesuch verändert (z.B. andere Medikamente, andere Erkrankungen)

Art der Änderung :	Datum:	Unterschrift:

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.
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: _____

