

Patientenerhebungsbogen für zahnärztliche Eingriffe

A Patient	_____	Geburtsdatum	_____
Straße	_____	PLZ / Ort	_____
Krankenkasse	_____	Geburtsort	_____
Arbeitgeber	_____	Beruf	_____
Telefon Privat	_____	Telefon Geschäft	_____
E-mail privat	_____	E-mail Gesch.	_____
Versicherter	_____	Geburtsdatum Versicherter	_____

Sehr verehrte Patientin, sehr verehrter Patient,

verschiedene Krankheiten können Einfluß auf die zahnärztliche Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Diese sind für die Durchführung eines umfassenden Behandlungskonzeptes und einer risikofreien Behandlung notwendig. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

B Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

<input type="checkbox"/> Allergie (welche)	_____
<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen (welche)	_____
<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (welche)	_____
<input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt (wann) _____
<input type="checkbox"/> Grüner Star (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/> Herzklappenerkrankung
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen
<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz/-schwäche
<input type="checkbox"/> Verminderter Blutdruck	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Angina pectoris
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Immunmangel-Syndrom (AIDS)
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Rheumaerkrankungen	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen

Patient _____ Geburtsdatum _____

C Weitere Fragen

	ja nein	
Frühere Operationen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche _____ _____
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche Woche _____
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche _____ _____
Blutgerinnungshemmende Medikamente z.B. Marcumar, Aspirin, ASS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche _____ _____
Letzte Röntgenuntersuchung: Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	wenn ja, weshalb _____ _____

D Allgemeine Fragen

	ja nein		ja nein
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Liegt eine aktuelle Medikamentenliste vor?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Liegt ein Bonusheft vor?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sind Sie mit einer Fotodokumentation einverstanden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Liegt ein Kinderpass vor?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sind Sie mit einer halbjährlichen Erinnerung zur Vorsorge (Recall) einverstanden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Liegt ein Materialpass vor?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Traten nach Spritzen Nebenwirkungen auf?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Liegt ein Implantatpass vor?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche _____	

Name des Allgemein- oder Hausarztes	Anschrift
_____	_____
_____	_____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit.

Ort, Datum	Unterschrift
_____	_____

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs.3 DSGVO).

Ort, Datum	Unterschrift
_____	_____