



Bitte in Druckbuchstaben und leserlich schreiben!

Patientenerhebungsbogen für zahnärztliche Eingriffe

A.) Patient:

Name: _____ Vorname: _____
 Geschlecht: _____ Geburtsdatum: _____
 Straße: _____ PLZ / Ort: _____
 Telefon: _____ Mobilnummer: _____
 E-Mail: _____ Krankenkasse: _____
 Beruf: _____ Arbeitgeber: _____
 Versicherter: _____ Geb. Versicherter: _____
 Haben Sie einen Hauszahnarzt? nein ja Name: _____

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) 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"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Typ1 <input type="checkbox"/> Typ 2 |
| <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 |

Nehmen Sie nein ja
 Blutgerinnungshemmende Medikamente? wenn ja, welche? _____
 Bisphosphonate? wenn ja, welche? _____
 Monoklonale Antikörper? wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie andere Medikamente? wenn ja, welche? (Bitte lassen Sie uns Ihren
Medikamentenplan zukommen)



Patientenerhebungsbogen für zahnärztliche Eingriffe

Patient: _____

Geburtsdatum: _____

Besteht ein Pflegegrad?

nein ja

wenn ja, welcher? _____

(Bitte legen Sie einen Nachweis für die Pflegestufe bei uns vor)

C.) Weitere Fragen

nein ja

Frühere Operationen? wenn ja, welche _____

Besteht eine Schwangerschaft? wenn ja, welche Woche _____

Letzte Röntgenuntersuchung: _____

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher
Behandlung? wenn ja, weshalb _____

D.) Allgemeine Fragen

nein ja

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Liegt eine aktuelle Medikamentenliste vor?

Liegt ein Bonusheft vor?

Sind Sie mit einer halbjährlichen Erinnerung zur Vorsorge einverstanden?

Liegt ein Implantatpass vor?

Traten nach Spritzen Nebenwirkungen auf?

wenn ja, welche _____

Name des Allgemein- oder Hausarztes _____

(Anschrift Hausarzt) _____

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

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls werden mir anfallende Kosten (behandlungsfreie Leerlaufzeiten in der Praxis) in Form einer Ausfallgebühr i.H.v. 25 EUR pro angefangene halbe Stunde in Rechnung gestellt.

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