

Name, Vorname des **Patienten**, Anschrift

geb. am

E-Mail:

Patientenerhebungsbogen

Telefon (privat):

(dienstlich):

Beruf:

Hausarzt: Name:

Anschrift:

Telefon:

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-/ Kreislauferkrankungen:

- Hoher Blutdruck ja nein
- Niedriger Blutdruck ja nein
- Herzklappenfehler ja nein
- Herzklappenersatz ja nein
- Herzschrittmacher ja nein
- Endokarditis ja nein
- Herzoperation ja nein

- Hochgradige Neutropenie** ja nein
- Mukoviszidose-Erkrankung** ja nein
- Organtransplantiert** ja nein
- Stammzellentransplantiert** ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie)

- Asthma/Lungenerkrankungen** ja nein
- Blutgerinnungsstörungen** ja nein
- Diabetes/Zuckerkrankheit** ja nein
- Drogenabhängigkeit** ja nein
- Nervenerkrankung** ja nein
- Nierenerkrankungen** ja nein
- Ohnmachtsanfälle** ja nein
- Osteoporoseerkrankung** ja nein
- Raucher** ja nein
- Rheuma/Arthritis** ja nein
- Schilddrüsenerkrankung** ja nein
- Sonstige Erkrankungen:** ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

- HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
- Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
- Tuberkulose ja nein
- Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) ja nein
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
- Antibiotika ja nein
- Schmerzmittel ja nein
- Metalle:
- ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat?Monat

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche

Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... seit

Nehmen Sie Bisphosphonate? ja nein

seit

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? ja nein

seit

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? ja nein

seit

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva? ja nein

seit

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? ja nein

Datum:

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnarzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

....., den

Unterschrift: