

Name und Vorname des Patienten Tel. Nr. _____ / _____ / _____
 Privat Dienstlich Handy

 _____ / _____
 Hausarzt Tel. Nr.

Patienten-Erhebungsbogen für die zahnärztliche Behandlung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
 viele Krankheiten können Auswirkungen auf
 die zahnärztliche Behandlung haben, bitte füllen
 sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus.
 Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

und dienen ausschließlich dazu Ihren
 Gesundheitszustand bei der Behandlung zu
 berücksichtigen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit
 der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen
 wir Ihnen gerne.

<u>Bitte ankreuzen</u>	ja	nein		ja	nein
1. Leiden Sie an Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. Nehmen Sie die Medikamente		
2. Haben Sie zu hohen Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ein, die die Blutgerinnung		
3. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hemmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung			7. Vertragen Sie bestimmte		
des Herzens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medikamente nicht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- angeborene oder erworbene Herzfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. Bestehen zurzeit sonstige		
- Herzklappenfehler oder Herzklappen-			Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
prothesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- wenn ja, welche _____		
- Herzinnenhautentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit		
- Herzoperation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ein? _____		
- Sonstiges: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. Wann wurden Sie zum letzten mal		
- Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	geröntgt? _____		
- Haben Sie einen Herzpass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. Für Patientinnen:		
Ausgestellt von _____			Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Haben oder hatten Sie eine der			12. Wünschen Sie für Füllungen etc. eine		
nachstehenden Erkrankungen?			Betäubung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. Waren Sie innerhalb der	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Erkrankungen des Blutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	letzten 2 Jahre im		
- Allergien z.B. Heuschnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krankenhaus?		
- Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14. Geburtsort: _____		
ausgestellt von _____					
- Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
- Asthma/ Lungenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
- Nervenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
- Lebererkrankung/ Gelbsucht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
- Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
- Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
- Anfallsleiden z.B. Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
- Magen- Darmerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
- Immunschwäche AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Wichtige Information:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- **Wir bemühen uns Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine min. 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach §615 BGB in Rechnung zu stellen.**
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum _____ Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger/ Erziehungsberechtigter _____