

## Patienten-Erhebungsbogen

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben helfen wir Ihnen gerne weiter.

### Bitte beachten Sie:

Betäubungsmittel (Injektionen) können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Nachname, Vorname (Patient)	Geburtsdatum, Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Telefon (privat / mobil)	Telefon (geschäftlich)
E-Mail	Beruf
Name der Krankenkasse / Versicherung	
Zusatzversicherung	
<input type="checkbox"/> Gesetzlich Versichert	
<input type="checkbox"/> Privat versichert <b>nicht</b> im Basistarif	
<input type="checkbox"/> Privat versichert im Basistarif	
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	
Hausarzt: _____	
Hauszahnarzt: _____	

### Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigter

### Wichtige Information:

- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
<b>Herz-Kreislauf-Erkrankungen:</b>		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Infektionserkrankungen:</b>		
HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
andere:		
<b>Allergien / Unverträglichkeiten:</b>		
Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Antibiotika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
andere:		
<b>Weitere Erkrankungen:</b>		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
andere:	

**Allgemeine Angaben:**

Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wenn ja,  selten  oft  regelmäßig  
 Wenn ja,  0-10  über 10 Zig./Tag  
 Wenn ja, seit wann / Name:

Frühere Röntgenuntersuchung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	---

Wenn ja, Datum / Körperteile:

Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
-----------------	---

Wenn ja, welcher Monat:

Wird bei Ihnen zur Zeit eine Bisphosphonat-Therapie durchgeführt?  ja  nein

Wünschen Sie eine Lokalanästhesie?  ja  nein

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft (Eintragung der letzten 5 oder 10 Jahre)?  ja  nein

Wir bieten unseren Patienten einen kostenlosen Erinnerungsservice (Recall) für zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen an. Dies ist u.a. hilfreich, im Ihren Bonus bei der GKV nicht zu verlieren. Möchten Sie an unserem Recall teilnehmen?  ja  nein