

**Patientenerhebungsbogen**

Patienten-Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Beruf/Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Hausarzt**

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon Mobil: \_\_\_\_\_ 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.

**Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen:**

- |   |                                  |                                 |                               |   |                                 |                                 |                                 |
|---|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Blutdruck   | <input type="checkbox"/> niedrig | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> hoch | Osteoporose   | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein   |                                 |
| Herzklappenfehler                                   | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein   |                               | Diabetes (Zuckerkrankheit)                              | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein   |                                 |
| Herzklappenersatz                                   | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein   |                               | Schilddrüsenerkrankung                                  | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein   |                                 |
| Herzschrittmacher                                   | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein   |                               | Ohnmachtsanfälle  | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein   |                                 |
| Endokarditis  | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein   |                               |   |                                 |                                 |                                 |
| Herzoperation                                       | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein   |                               | <b>Infektiöse Erkrankungen:</b>                         |                                 |                                 |                                 |
| Herzinfarkt   | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein   |                               | AIDS (HIV-Infektion)                                    | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein   |                                 |
| (Wenn Sie einen Herzpass besitzen, bitte vorlegen.) |                                  |                                 |                               | Hepatitis   | <input type="checkbox"/> Hep. A | <input type="checkbox"/> Hep. B | <input type="checkbox"/> Hep. C |
| Nehmen Sie Marcumar?                                | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein   |                               | Tuberkulose (TBC)                                       | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein   |                                 |
| Schlaganfall  | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein   |                               |   |                                 |                                 |                                 |
| Lähmungen   | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein   |                               | <b>Allergien bzw. Unverträglichkeiten</b>               |                                 |                                 |                                 |
| Anfallsleiden (Epilepsie)                           | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein   |                               | (Wenn Sie einen Allergiepass besitzen, bitte vorlegen): |                                 |                                 |                                 |
| Asthma (Atemnot)                                    | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein   |                               | Lokalanästhesie (Spritzen)                              | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein   |                                 |
| Blutgerinnungsstörung                               | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein   |                               | Antibiotika   | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein   |                                 |
| Erhöhte Blutungsneigung                             | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein   |                               | Schmerzmittel   | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein   |                                 |
| Bluterkrankungen                                    | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein   |                               | Metalle: _____  |                                 |                                 |                                 |
| Rheuma  | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein   |                               | _____   |                                 |                                 |                                 |

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_ Monat

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

(Wenn Sie einen Röntgenpass besitzen, bitte vorlegen).  ja  nein Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein

Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden?  ja, gerne

Dürfen wir Sie anrufen?  ja  nein Karte schicken?  ja  nein

Interessieren Sie sich für professionelle Zahnreinigung zum langfristigen Erhalt Ihrer Zähne?  ja  nein

Kommen Sie zur:  Beratung  Notfallbehandlung  Sanierung (umfassende Weiterbehandlung hier)

Überweisung von \_\_\_\_\_

Waren Sie im letzten Jahr in zahnärztlicher Behandlung?  ja  nein

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.  
Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage 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 eine Auskunft eingeholt wird.**

München, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_