

# Patientenerhebungsbogen

Patient : Name , Vorname geboren am

Hauptversicherungsnehmer: Name, Vorname geboren am E-Mail:



Anschrift : Strasse Ort

Telefon (privat): ..... (dienstlich): .....

Beruf: ..... Hausarzt: Name: .....

**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. Mit meiner Unterschrift erlaube ich Frau Dr. med. dent.W. Konur, die Daten von meiner vorhandenen Kartei einzusehen. Diese werden erst mit meiner Unterschrift freigegeben.

## Herz-/ Kreislaufferkrankungen:

Hoher Blutdruck  ja  nein  
Niedriger Blutdruck  ja  nein  
Herzklappenfehler  ja  nein  
Herzklappenersatz  ja  nein  
Herzschrittmacher  ja  nein  
Herzinfarkt  ja  nein  
Schlaganfall  ja  nein  
Endokarditis  ja  nein  
Herz-OP/ Bypass-OP/ Stent  ja  nein

Mukoviszidose-Erkrankung  ja  nein  
Organtransplantiert  ja  nein  
Stammzellentransplantiert  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

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  
Wenn ja, in welchem Monat? .....Monat

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

Nehmen Sie Bisphosphonate?

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?

Anfallsleiden (Epilepsie)  ja  nein  
Asthma/Lungenerkrankungen  ja  nein  
Blutgerinnungsstörungen  ja  nein  
Diabetes/Zuckerkrankheit  ja  nein  
Drogenabhängigkeit  ja  nein  
Nervenerkrankung  ja  nein  
Nierenerkrankungen  ja  nein  
Ohnmachtsanfälle  ja  nein  
Osteoporose Erkrankung  ja  nein  
Raucher  ja  nein

Rheuma/Arthritis  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankung  ja  nein  
Sonstige Erkrankungen:  ja  nein  
.....

## Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

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

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann? .....

..... seit .....

..... seit .....

ja  nein seit .....

ja  nein seit .....

ja  nein seit .....

ja  nein seit .....

ja  nein Datum: .....

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: .....