

Patientenerhebungsbogen für die zahnärztliche Behandlung

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Beruf:	Arbeitgeber:
Hausarzt:	Telefonnummer (Hausarzt):
Telefonnummer:	Handynummer:
E-Mail:	Zahnezusatzversicherung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welche?

Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter/Versicherter

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
-------	----------	---------------

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. Sollten Sie Schwierigkeiten haben, helfen wir Ihnen gerne.

Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer örtlichen Betäubung eine Stunde eingeschränkt, bzw. 24 Stunden

fahruntüchtig sind.

	ja	nein		ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, in welchem Monat?		
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?					
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diabetis/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien bzw. Unverträglichkeiten:		
Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere:		
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Magen-Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?		
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Wann wurden Sie zum letzten mal geröntgt?

Datum, Körperregion:	
----------------------	--

Besteht ein Bonusanspruch bei der gesetzlichen Krankenkasse? Nein 20% 30% Nachweis vorhanden

Wünschen Sie eine regelmäßige Benachrichtigung zur Kontrolluntersuchung (Recall)?

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------