Patientenerhebungsbogen

Name: Vorname: Geb.Datum:.....

Adresse :

Telefon: Telefon (mobil):

Email: Krankenkasse:.....

Überweisender Arzt: Empfehlung: Internet anderer

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.

Herz-/ Kreislaufferkrankungen:

Hoher Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Niedriger Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Herzklappenfehler	☐ ja	☐ nein
Herzrhythmusstörungen	☐ ja	☐ nein
Herzschrittmacher	☐ ja	☐ nein
Endokarditis	☐ ja	☐ nein
Herzoperation/Stent/Bypass	☐ ja	☐ nein

Organtransplantiert	☐ ja	☐ nein
Stammzellentransplantiert	☐ ja	☐ nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS	☐ ja	☐ nein
Lebererkrankung/Hepatitis	☐ ja	☐ nein
Tuberkulose	☐ ja	☐ nein
Andere Infektionskrankheiten	☐ ja	☐ nein

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

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

Nehmen Sie Bisphosphonate?

ja nein seit

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?

ja nein seit

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?

ja nein seit

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?

ja nein seit

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

Osteoporoseerkrankung

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

Sonstiges:

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Röntgenaufnahmen, Befundberichte und Kontaktdaten an meine anderen behandelnden Ärzte weitergeleitet werden dürfen und ich mit der Teilnahme am Recall-System einverstanden bin. Des Weiteren ist es bei bestimmten Behandlungen medizinisch notwendig, entnommene Gewebeprobe(n) zur detaillierten Untersuchung an ein histologisches Institut weiterzuleiten. Sollte dies bei meiner Behandlung erforderlich sein, erkläre ich mich mit der Einsendung dieser Gewebeprobe(n) einverstanden.

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.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten (Datenschutzinformationen) erhalten zu haben.

....., den

Unterschrift: