

Erhebungsbogen für die zahnärztliche Behandlung

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ PLZ/ Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Hausarzt (Name/ Telefon): _____

Arbeitgeber/ Beruf: _____

für Familienversicherte: bitte Name, Vorname, Geburtsdatum des Versicherten angeben

gesetzlich versichert: ___ Krankenkasse: _____ Zusatzvers.: _____

privat versichert: ___ private Kasse: _____ Basistarif: _____

Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrter Patient,
 viele Krankheiten können Auswirkung auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Keine Änderung seit dem letzten Ausfüllen vom Erhebungsbogen!

Haben/ Hatten Sie folgende Krankheiten?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Asthma/ Lungenerkrankung	_____	_____	Magen-/ Darmerkrankung	_____	_____
Diabetes (Zuckerkrankheit)	_____	_____	Blutgerinnungsstörung	_____	_____
Rheuma	_____	_____	HIV-Infektion/ AIDS	_____	_____
Osteoporose	_____	_____	Tuberkulose	_____	_____
Lebererkrankung	_____	_____	Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)	_____	_____
Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	_____	_____	Schilddrüsenerkrankung	_____	_____
Nierenerkrankung	_____	_____	Nervenerkrankung	_____	_____
Bluterkrankung	_____	_____	Ohnmachtsneigung	_____	_____
Herzinfarkt	_____	_____	Herzklappenfehler	_____	_____
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	_____	_____			
Haben Sie einen Herzpass?	_____	_____	Haben Sie einen Herzschrittmacher?	_____	_____

Sind allergische Reaktionen oder Unverträglichkeiten bekannt? Ja: ___ Nein: ___

Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie momentan/ regelmäßig Medikamente ein? Ja: ___ Nein: ___

Wenn ja, welche: _____

Blutgerinnungshemmende Medikamente: _____

Blutdruck niedrig: _____ normal: _____ hoch: _____ Werte: _____

Rauchen Sie? Ja: ___ Nein: ___ Besteht eine Schwangerschaft? Ja: ___ Nein: ___

Wurde bei Ihnen bereits eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt? Ja: ___ Nein: ___

Liegt / lag eine Unfallverletzung im Mund – Kiefer – Gesichtsbereich vor? Ja: ___ Nein: ___

Bestehen zur Zeit sonstige Krankheiten: _____

örtliche Betäubung erwünscht? Ja: ___ Nein: ___

Bitte beachten! Örtliche Betäubung hat zur Folge, dass Sie 1 Std. nicht und 24 Std. nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihrem Behandlungstermin!

Wir bitten Sie, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Std. im Voraus abzusagen, andernfalls behalten wir uns das Recht vor ein Ausfallhonorar von bis zu 150,00 € in Rechnung zu stellen.

Datum: _____ Unterschrift Patient/ gesetzl. Vertreter: _____

Gesetzl. Vertreter: _____ Verhältnis zum Patienten: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Erinnerungsservice

Ich wünsche eine Terminerinnerung per SMS: ja / nein

Ich bin einverstanden, dass die Praxis zum Zweck der Behandlung mit mir telefonisch Kontakt aufnimmt.

ja / nein

Handy: _____

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in den Erinnerungsservice einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit formlos widerrufen kann.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Datenschutz

Ich habe die ausgelegte Patienteninformation zum Datenschutz gelesen und bin damit einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Datum: _____ **Unterschrift Patient/ gesetzl. Vertreter:** _____

Gesetzl. Vertreter: _____ Verhältnis zum Patienten: _____