

Patienten – Erhebungsbogen für die zahnärztliche Behandlung

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Adresse / PLZ: _____

Hausarzt (Name / Telefon): _____

Arbeitgeber / Beruf: _____ Telefon geschäftlich: _____

Telefon / Handy: _____ SMS – Terminerinnerungsservice erwünscht? _____

Recall – Service gewünscht? _____ möglich per Anruf: _____ per Email: _____ oder SMS: _____

für Mitgliedsversicherte, bitte Name, Vorname, Geburtsdatum angeben:

Versicherung: gesetzlich versichert? ___ Krankenkasse _____ Zusatzversicherung? ___
 privat versichert? ___ private Kasse _____ Basistarif? _____

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

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	___	___
Herzinfarkt	___	___	Nervenerkrankung	___	___
Herzklappenfehler	___	___	Nierenerkrankung	___	___
Endokarditis	___	___	Bluterkrankung	___	___
(Herzinnenhautentzündung)	___	___	Ohnmachtsneigung	___	___

Haben Sie einen Herzpaß? ___ Haben Sie einen Herzschrittmacher? ___

Allergische Reaktionen / Unverträglichkeit von Medikamenten oder Materialien? ja ___ nein ___
 wenn JA, welche? _____

Nehmen Sie momentan / regelmäßig Medikamente? 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? _____ 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!

Bitte beachten Sie, Termine die nicht eingehalten werden können, mind. 24 Std. vorher abzusagen, da die hier sonst entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Datum: _____

Unterschrift: _____