



## Patientenerhebungsbogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
wir freuen uns über das Vertrauen, das Sie uns entgegenbringen, und möchten Sie mit der bestmöglichen Vorsorge und zahnmedizinischen Sorgfalt behandeln. Um dies gewährleisten zu können, bitten wir Sie über die Angabe Ihrer Personalien hinaus auch um Informationen über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz! Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten entstehen, fragen Sie unser Personal.

Herr  Frau

Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Vers. Mitglied Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Straße/Hausnummer	Telefon privat	
Postleitzahl, Ort	Handy	
Name der Krankenkasse	E-Mail	
Beruf		
Arbeitgeber (freiwillig)	Telefon Arbeitsplatz (freiwillig)	

Ich möchte an die halbjährliche Kontrolluntersuchung erinnert werden.  ja  nein

Ich versichere die oben ausgefüllten Personalien ordnungsgemäß angegeben zu haben.

**Wir sind immer bemüht, Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sein sollten, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherungen nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.**

Die privat zu berechnenden Leistungen werden jeweils zum Behandlungsende bzw. zum Monatsende in Rechnung gestellt.

Zu statistischen Zwecken möchten wir erfahren, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind.

Familie/Bekannte  Internet  Presse, welche?: \_\_\_\_\_

Überweisung, durch wen?: \_\_\_\_\_

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Änderungen ergeben haben.



<b>Medikamente</b>	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?  ja  nein

Leiden Sie unter:

chr. Erkrankung der Atemwege, Husten, Asthma  ja  nein      Ohnmachtsanfällen  ja  nein

Osteoporose  ja  nein

Allergien  ja  nein      Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja  nein

Wenn ja, welche (Allergien):

Gegen folgende Materialien oder Medikamente besteht der Verdacht einer Überempfindlichkeit:

Herzerkrankungen  ja  nein      Besitzen Sie einen Herzpass?  ja  nein

Wenn ja, welche (Herzerkrankungen):

**Kreislaufferkrankungen**

Zu hoher Blutdruck  ja  nein      Zu niedriger Blutdruck  ja  nein

**Stoffwechselerkrankungen**

Diabetes  ja  nein      Wenn ja  Typ 1  Typ 2

Schilddrüsen-Funktionsstörungen  ja  nein      Magen-Darm-Erkrankungen  ja  nein

**Erkrankung des Nervensystems**

Epileptiforme Anfälle  ja  nein      Krämpfe  ja  nein

**Bluterkrankungen**

Leukämie  ja  nein      Blutungsneigung (Hämophilie)  ja  nein

Blutarmut (Anämie)  ja  nein

**Infektionskrankheiten**

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis welche: )      Tuberkulose  ja  nein

Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt?  ja  nein      Wenn ja, mit dem Ergebnis  neg.  pos.

Sind Sie in orthopädischer Behandlung?  ja  nein

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?  ja  nein

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?  ja  nein

Liegt bei Ihnen eine Schwangerschaft vor?  ja  nein      Wenn ja, in welchem Monat

Interessieren Sie sich für eine Behandlung in Hypnose?  ja  nein

Interessieren Sie sich für eine Behandlung in Vollnarkose?  ja  nein

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich die gemachten Angaben ändern.

Datum	Unterschrift