

**Patientenerhebungsbogen**

Name, Vorname des **Patienten:**

geb. am:

Anschrift:

Telefon (privat):

(dienstlich):

E-Mail:

Beruf:

Hausarzt:

Telefon:

Anschrift:

**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-/Kreislaufkrankungen:**

Hoher Blutdruck  ja  nein  
 Niedriger Blutdruck  ja  nein  
 Herzklappenfehler  ja  nein  
 Herzklappenersatz  ja  nein  
 Herzschrittmacher  ja  nein

**Infektiöse Erkrankungen:**

HIV-Infektion/Stadium AIDS  ja  nein  
 Lebererkrankung/Hepatitis  ja  nein  
 Tuberkulose  ja  nein  
 Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)  ja  nein  
 Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/  
 Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-  
 Krankheit (vCJK)  ja  nein

**Sonstiges:**

Hochgradige Neutropenie  ja  nein  
 Mukoviszidose-Erkrankung  ja  nein  
 Organtransplantiert  ja  nein  
 Stammzellentransplantiert  ja  nein  
 Anfallsleiden (Epilepsie)  ja  nein  
 Asthma/Lungenkrankheit  ja  nein  
 Blutgerinnungsstörung  ja  nein  
 Diabetes/Zuckerkrankheit  ja  nein  
 Sonstige Erkrankungen  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  
 Glaukom  ja  nein

**Allergien bzw. Unverträglichkeiten:**

Lokalanästhesie/Spritzen  ja  nein  
 Antibiotika  ja  nein  
 Metalle.....

**Medikamente**

Nehmen Sie Bisphosphonate?  ja  nein  
 Stehen Sie in medik. Chemotherapie?  ja  nein  
 Stehen Sie in Strahlentherapie bei  
 Krebserkrankung?  ja  nein  
 Nehmen Sie hochdosierte Steroide/  
 Immunsuppressiva?  ja  nein

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

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

Wurden bei Ihnen größere  ja  nein  
 Operationen im Krankenhaus  
 durchgeführt? Datum:.....

.....seit .....  
 .....seit .....

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?  
 Wenn ja, wann? .....

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Verarbeitung zur Erfüllung der vertraglichen, gesetzlichen sowie forensischen Verpflichtung einverstanden  ja  nein

Ich erkläre mich mit der Aufnahme in das Bonus-Erinnerungs-/ Recall-System einverstanden  ja  nein

Ich bin mit der Einsichtnahme weiterbehandelnder Zahnärzte in meine Patientenakte einverstanden  ja  nein

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 / zahn-technischen Leistungen, für die zur Erfüllung eine finanzielle Vorleistung erforderlich ist, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder eine Auskunft eingeholt wird.

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>.

....., den .....

Unterschrift.....