



Patienten-Erhebungsbogen

Bitte spätestens alle 3 Jahre neu ausfüllen

Patient (Name, Vorname)	geb.	Straße	PLZ/Ort	Tel. privat / geschäftlich
Versicherter (Name, Vorname)	geb.	Straße	PLZ/Ort	Tel. privat / geschäftlich
Beruf / Arbeitgeber		Hausarzt	Krankenkasse/Privat	
Mailadresse		Geburtsort	überwiesen durch	

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf zahnärztliche Behandlungen haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Bitte ausfüllen und zutreffendes ankreuzen

	ja	nein		ja	nein
1. Haben Sie zu hohen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Immunschwäche (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Lungenerkrankung/Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben oder hatten Sie Erkrankungen des Herzens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Leiden Sie unter Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Infarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Bestehen z.Z. sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Wenn ja, welche:	_____	
• Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	
• Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzoperation: Klappenersatz/Bypass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neigen Sie zu Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Haben Sie einen Herzpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? - falls ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?			_____	_____	
• Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	
• Allergien (z.B. Penicillin, Spritzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	
_____			8. Welche Medikamente nehmen Sie z.Z. ein?	_____	
• Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	
• Lebererkrankungen/Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	

Bitte ausfüllen und zutreffendes ankreuzen

ja nein

ja nein

9. Für Patientinnen:

Sind Sie schwanger?

ja nein

10. Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?

ja nein

- Wenn ja, warum:

11. Letzte zahnärztliche Behandlung?

ja nein

Datum (ungefähr): _____

12. Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?

ja nein

Datum (ungefähr): _____

Organ: _____

13. Interessieren Sie sich für anspruchsvollere Leistungen außerhalb der Regelungen mit den Sozialversicherern?

ja nein

zum Beispiel:

- Amalgambelastung und -ausleitung

ja nein

- Implantate

ja nein

- Ästhetischer Zahnersatz

ja nein

- Spezielle Parodontose-Behandlung

ja nein

- Individuelles Prophylaxeprogramm

ja nein

- Umfassende Kiefergelenksdiagnose und Behandlung

ja nein

14. Wie haben Sie von uns erfahren:

Internet: _____

Zeitung: _____

Empfehlung von Frau/Herrn _____

Ihr spezielles Anliegen und besondere Wünsche:

Datum

Unterschrift

KOMPETENT | BEGEISTERT | ZUKUNFTSORIENTIERT

Gesund beginnt im Mund