

Patienten-Erhebungsbogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Um unsere Behandlung an Ihren Gesundheitszustand anpassen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Dieser wird dann Ihrer Karteikarte beigelegt.

Die Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Vor-/Nachname (Patient) *	Straße/Hausnummer *
Name des Hauptversicherten (+Geburtsdatum) *	Postleitzahl/Ort *
Geburtsdatum *	Telefon (privat) *
Telefon (mobil) *	Telefon (geschäftlich)
Beruf	Arbeitgeber
Email *	

* Pflichtangaben

- gesetzlich versichert
- privat versichert
- privat versichert im Basistarif
- beihilfeberechtigt
- Zusatzversichert

Hausarzt/Ort _____

Bisheriger Zahnarzt/Ort _____

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusatzinformation/Medikament
Herz-Kreislauf-Erkrankungen:		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herzoperation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann:
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Endokarditisprophylaxe erforderlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Infektionskrankheiten:		
HIV	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche:
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Andere:		
Allergien/Unverträglichkeiten		
Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Latex	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Andere:		

Bitte wenden



Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Rheuma	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Diabetes	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein Wenn ja, <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2
Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Glaukom/Grauer Star	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Depressionen	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

Andere:

Allgemeine Angaben

Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Alkoholabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Raucher	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein Wenn ja, <input type="checkbox"/> <10/Tag <input type="checkbox"/> >10/Tag
Immunsuppression	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Kieferorthopädische Behandlung	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein Wenn ja, wann abgeschlossen:
Parodontitis Behandlung	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein Wenn ja, wann abgeschlossen:
Gerinnungshemmende Medikamente	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> Eliquis <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Pradaxa <input type="checkbox"/> andere:
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein Wenn ja, welcher Monat:
Frühere Röntgenuntersuchung (zahnärztlich)	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein Wenn ja, Datum: bei wem:
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein Wenn ja, welche:
Bisphosphonattherapie	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein Wenn ja, welches:
Empfohlen/aufmerksam geworden durch:				
Erinnerung zur Routineuntersuchung erwünscht (Recall)	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Besondere Wünsche/Beratung:				

Wichtige Information

Hiermit verpflichte ich mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Veränderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die Richtigkeit der oben genannten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)

Vereinbarung zum Ausfallhonorar bei Nichterscheinen oder kurzfristiger Absage eines geplanten Behandlungstermins

Wir sind eine Zahnarztpraxis, die nach Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Daher bitten wir Sie, wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, diesen spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können.

Bei Versäumnis Ihres Termins oder nicht rechtzeitiger Absage stellen wir Ihnen ein Ausfallhonorar von 25 € in Rechnung.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)