



Patientenerhebungsbogen

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Telefon(privat): _____ Mobiltelefon: _____

Hausarzt: _____ Anschrift: _____

Name der Krankenkasse/Privatkrankenkasse: _____

Beihilfeberechtigt

Zusätzlich Versichert

Freiwillig versichert

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
Herzklappenerkrankung ja nein
Herzschrittmacher ja nein
Endokarditis ja nein

Hochgradige Neutropenie ja nein
Mukoviszidose-Erkrankung ja nein
Organtransplantiert ja nein
Stammzellentransplantiert ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein
Asthma/Lungenerkrankungen ja nein
Blutgerinnungsstörungen ja nein
Diabetes/Zuckerkrankheit 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
Sonstige Erkrankungen ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/ AIDS ja nein
Lebererkrankung ja nein
Tuberkulose ja nein
Infektionskrankheiten ja nein
(z.B MRSA)

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
Antibiotika ja nein
Schmerzmittel ja nein
Metalle: _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja _____ Woche nein

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? ja /Wann ca.? _____ nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit? Bitte angeben: _____

Blutverdünnende Medikamente ja _____ nein

Nehmen Sie Bisphosphonate? ja nein

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? ja nein

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? ja nein

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? ja nein

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? ja nein

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

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. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum: _____

Unterschrift: _____