



## Patientenerhebungsbogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Telefon(privat): \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse/Privatkrankenkasse: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie versichert?      Gesetzlich      Privat      Ich habe eine Zusatzversicherung

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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hochgradige Neutropenie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mukoviszidose-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Organtransplantiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stammzellentransplantiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Osteoporoseerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			Raucher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### Infektiöse Erkrankungen:

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

### Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

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

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

Wie können Wir Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnern?

Brief

SMS

Email

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine Fixtermine sind. Wir halten uns nur für Ihre Behandlung diese bestimmte Zeitspanne frei und dürfen Sie deshalb bitten, diese Termine unbedingt einzuhalten.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung **mindestens 24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren.

Erhalten wir von Ihnen keine fristgerechte Absage oder sind Sie nicht unverschuldet an der rechtzeitigen Absage oder Wahrnehmung des Termins gehindert, so dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass wir Ihnen **einen Betrag von bis zu 100€ pro ausgefallener Behandlungsstunde, das dem durchschnittlichen Kostenfaktor für eine Praxisstunde in unserer Praxis entspricht, als pauschalisierten Schadensersatz in Rechnung stellen.**

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihre Angaben und erklären sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

(\*) Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.