

## Patienten – Erhebungsbogen

### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient ,**

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihren Patientenunterlagen beigelegt. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung optimal Ihrem Gesundheitszustand entsprechend auszuführen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben helfen wir Ihnen gerne weiter.

**Bitte beachten Sie:** Betäubungsmittel (Injektionen) können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| _____   | _____  | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w |  |
| *Nachname, Vorname (Patient)                        | *Geburtsdatum                                  | *Geschlecht   |  |
| _____   | _____  |   |  |
| *Straße, Hausnummer                                 | *Postleitzahl, Ort                             |   |  |
| _____   | _____  |   |  |
| *Telefon (privat)                                   | Telefon (mobil / geschäftlich)                 |   |  |
| _____   | _____  |   |  |
| Email   | Beruf  |   |  |
| _____   | _____  | (*Pflichtangaben)                                     |  |
| *Name der Krankenversicherung                       |  |   |  |
| *Ich bin:   | <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt           | <input type="checkbox"/> privat versichert |
| *Wenn Sie mitversichert sind: Name des Versicherten | _____  |   |  |
|   | Geburtsdatum _____                             |   |  |
| *Haben Sie einen gesetzl. Vormund / Betreuer?       | <input type="checkbox"/> Ja                    | <input type="checkbox"/> Nein                         |  |
| *Hausarzt:  | _____  |   |  |
|   | Name, Anschrift, Telefon                       |   |  |

- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24h vorher abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die vorliegenden **Informationen** gelesen und verstanden habe.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient **und** Zahlungspflichtiger / Erziehungsberechtigter

# Anamnesebogen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

## Herz-Kreislaufkrankungen

- Ja  Nein Hoher Blutdruck  
 Ja  Nein Niedriger Blutdruck  
 Ja  Nein Herzklappenerkrankung  
 Ja  Nein Herzerkrankung  
 Ja  Nein Herzoperation  
 Ja  Nein Herzschrittmacher

## Infektionserkrankungen

- Ja  Nein HIV  
 Ja  Nein Hepatitis  
 Ja  Nein Tuberkulose  
 Ja  Nein andere \_\_\_\_\_

## Allergien / Unverträglichkeiten

- Ja  Nein Lokalanästhetika  
 Ja  Nein Schmerzmittel  
 Ja  Nein Antibiotika  
 Ja  Nein Latex  
 Ja  Nein andere \_\_\_\_\_

## Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen

- Ja  Nein welche: \_\_\_\_\_
- 

## Allgemeine Angaben

- Ja  Nein Rauchen  
 Ja  Nein Drogenkonsum  
 Ja  Nein Zahnfleischbluten  
 Ja  Nein Schwangerschaft, wenn ja, welcher Monat: \_\_\_\_\_  
 Ich wiege mehr als 160kg, und zwar: \_\_\_\_\_ kg (diese Angabe dient ihrer eigenen Sicherheit)

## Persönliche Angaben

- Haben Sie eine Pflegestufe?  Ja  Nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Haben Sie eine Zusatzversicherung?  Ja  Nein

## Möchten Sie an unserem Recall-Service teilnehmen

(Wir erinnern Sie dann an Ihren halbjährlichen Vorsorgetermin)

- Ja  Nein  per Mail  per Telefon

Trotz unseres Recall-Service liegt die Terminverantwortung zur Erfüllung des Bonus beim Patient!

## weitere Erkrankungen

- Ja  Nein Blutgerinnungsstörung  
 Ja  Nein Gelenkersatz / Prothesen  
 Ja  Nein Osteoporose  
 Ja  Nein Lungenerkrankungen  
 Ja  Nein Asthma  
 Ja  Nein Tumorerkrankung  
 Ja  Nein Anfallsleiden  
 Ja  Nein Diabetes  
 Ja  Nein Nierenfunktionsstörung  
 Ja  Nein Rheuma  
 Ja  Nein Ohnmachtsneigung  
 Ja  Nein Schlaganfall  
 Ja  Nein Schilddrüse  
 Ja  Nein andere \_\_\_\_\_

## Bisphosphonat-Therapie

- Ja  Nein wann: \_\_\_\_\_