

Römerstr. 4L **55232 Alzey**

Tel.: 06731 – 44344

Email: mail@dr-kuhne.de

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 beigefügt. 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.			
		\Box m \Box w	
*Nachname, Vorname (Patient)	*Geburtsdatum	*Geschlecht	
*Straße, Hausnummer	*Postleitzahl, Ort		
*Telefon (privat)	Telefon (mobil / geschäftlich)		
Email	Beruf		
	_	(*Pflichtangaben)	
*Name der Krankenversicherung			
*Ich bin: □ gesetzlich versichert □	beihilfeberechtigt	□ privat versichert	
*Wenn Sie mitversichert sind: Name des Versicherten			
Geburtsdatum			
*Haben Sie einen gesetzl. Vormund / Betreuer? □ Ja □ Nein			
*Hausarzt:			
Name, Anschrift, Telefon			
 Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten odaraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden 	oder mindestens 24h vorher a	-	

 Datum	Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger / Erziehungsberechtigter

Anamnesebogen

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

Herz-Kreislauferkrankungen	weitere Erkrankungen
☐ Ja ☐ Nein Hoher Blutdruck	☐ Ja ☐ Nein Blutgerinnungsstörung
☐ Ja ☐ Nein Niedriger Blutdruck	☐ Ja ☐ Nein Gelenkersatz
☐ Ja ☐ Nein Herzklappenerkrankung	☐ Ja ☐ Nein Osteoporose
☐ Ja ☐ Nein Herzerkrankung	☐ Ja ☐ Nein Lungenerkrankungen
☐ Ja ☐ Nein Herzoperation	☐ Ja ☐ Nein Asthma
☐ Ja ☐ Nein Herzschrittmacher	☐ Ja ☐ Nein Tumorerkrankung
	☐ Ja ☐ Nein Anfallsleiden
Infektionserkrankungen	☐ Ja ☐ Nein Diabetes
☐ Ja ☐ Nein HIV	☐ Ja ☐ Nein Nierenfunktionsstörung
☐ Ja ☐ Nein Hepatitis	☐ Ja ☐ Nein Rheuma
☐ Ja ☐ Nein Tuberkulose	☐ Ja ☐ Nein Ohnmachtsneigung
□ Ja □ Nein andere	□Ja □ Nein Schlaganfall
	□Ja □ Nein Schilddrüse
Allergien / Unverträglichkeiten	□ Ja □ Nein andere
Ja Nein Lokalanästhetika	
Ja Nein Schmerzmittel	Bisphosphonat-Therapie
☐ Ja ☐ Nein Antibiotika	☐ Ja ☐ Nein wann:
□ 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, welc	her 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
Tracen one eme Zusatzverstenerung:	□ Jū □ INCIII
Möchten Sie an unserem Recall-Service teilne	

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