



## Patientenerhebungsbogen

1. Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
2. Name des Versicherten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
3. Anschrift Patient: \_\_\_\_\_
4. Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_
5. E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_
6. Beruf, Arbeitgeber: \_\_\_\_\_
7. Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_
8. Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_
9. Name der Krankenversicherung: \_\_\_\_\_
10. Liegt Pflegegrad vor?:  Nein  Ja 1  2  3  4  5 (Bitte ein Nachweis vorlegen)

	Ja	Nein
Leiden Sie an einer Bluterkrankung? (z.B. Anämie, Leukämie etc.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Herzerkrankung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einem Schlaganfall? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher? Defibrillator? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Gelenkersatz (Implantat)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Diabetes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Lebererkrankung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Nierenerkrankung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Infektionskrankheit? (z.B. AIDS, Hepatitis, etc.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben/Hatten Sie eine Krebserkrankung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben/Hatten Sie eine Chemo oder Bestrahlungstherapie? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente für den Knochenstoffwechsel? Z.B Bisphosphonate? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Allergie? Wenn ja welche? Liegt ein Allergiepass vor? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Drogen ein? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Tuberkulose? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an MRSA ( Krankenhauskeim ) ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Creutzfeld-Jakob-Krankheit?(CJK oder vCJK) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Epilepsie? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Immunsuppressiva? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente: \_\_\_\_\_





## **Patientenerhebungsbogen**

**Hinweis:** Die Injektion örtlicher Betäubungsmittel beeinträchtigt die Fahrtüchtigkeit. Wir empfehlen, innerhalb von 24 Stunden nach Lokalanästhesie kein Fahrzeug zu steuern.

Gleichzeitige Einnahme von Kontrazeptiva zur Verhütung („Pille“) und Antibiotika kann zu einer verminderten Wirksamkeit der Verhütungswirkung führen und somit besteht ein erhöhtes Risiko ungewollter Empfängnis.

Da die Praxis auch als Hospitations- und Fortbildungszentrum fungiert, können weitere Zahnärzte/ Ärzte bei den Behandlungen zu Lehrzwecken anwesend sein.

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde von anderen Ärzten sowie Leistungserbringern (z.B. Labor, Hausarzt, Zahnarzt etc.) angefordert und übermittelt werden dürfen.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass während der Behandlung Foto- und Videomaterial zu Dokumentationszwecken erstellt werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient/Eltern/Sorgeberechtigter