

Name, Vorname des **Patienten**,

Patientenerhebungsbogen

.....geb.am ()
Anschrift

Name der Hauptversicherten:..... geb. am ()

Telefon (privat): (Handy): E-Mail:

Beruf/ Arbeitgeber:

Hausarzt: Name: Anschrift: Telefon:

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-/ Kreislauferkrankungen:

- Hoher Blutdruck ja nein
- Niedriger Blutdruck ja nein
- Herzklappenfehler ja nein
- Herzklappenersatz ja nein
- Herzschrittmacher ja nein
- Endokarditis ja nein
- Herzoperation ja nein

hochgradige Neutropenie

- verminderte Immunabwehr ja nein
- Mukoviszidose-Erkrankung ja nein
- Organtransplantiert ja nein
- Stammzellentransplantiert ja nein
- Creutzfeldt-Jacob-Krankheit ja nein
- CJK oder deren Variante VCJK

Infektiöse Erkrankungen:

- HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
- Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
- Tuberkulose ja nein
- Andere Infektionskrankheiten ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat?Monat

Auf Wunsch stellen wir Ihnen einen Röntgenpass aus.

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

Nehmen Sie Bisphosphonate?

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?

Bonusheft vorhanden

Anfallsleiden (Epilepsie)

Asthma/Lungenerkrankungen

Blutgerinnungsstörungen

Diabetes/Zuckerkrankheit

Drogenabhängigkeit

Nervenerkrankung

Nierenerkrankungen

Ohnmachtsanfälle

Osteoporoseerkrankung

Raucher

Rheuma/Arthritis

Schilddrüsenerkrankung

Sonstige Erkrankungen:

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen

Antibiotika

Schmerzmittel

Metalle:

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche

Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann?

..... seit

..... seit

ja nein seit

ja nein seit

ja nein seit

ja nein seit

ja nein Datum:

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. vorher abzusagen**.

Wir behalten uns vor, für versäumte Termine eine Ausfallgebühr in angemessener Höhe in Rechnung zu stellen.

....., den

Unterschrift: