



# Patientenerhebungsbogen

Damit wir Sie mit größter medizinischer Sorgfalt betreuen können, möchten wir Sie bitten, unseren Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Vielen Dank!

## Patient

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Beruf / Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

## Versicherte Person (falls abweichend)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

## Leiden Sie an...

|   | ja                       | nein                     |   | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| ... Bluthochdruck?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?<br>Wenn ja, welche?<br>_____<br>_____              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... einer Herzerkrankung?<br>Wenn ja, an welcher:<br>_____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Epilepsie?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trinken Sie regelmäßig Alkohol?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... einer Blutgerinnungsstörung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rauchen Sie?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Infektionskrankheiten?<br>(z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose)<br>Wenn ja, an welcher:<br>_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wurden in den letzten 12 Monaten<br>zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Asthma / schwerer Atemnot?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Für weibliche Patienten:<br>Besteht eine Schwangerschaft?<br>Wenn ja, welche Woche: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Diabetes / Zuckerkrankheit?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... einer Nierenerkrankung?<br>Wenn ja, an welcher:<br>_____                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hatten Sie bisher Angst beim Zahnarzt?<br>Wenn ja, wovor?<br>_____                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... einer anderen schweren Erkrankung?<br>Wenn ja, an welcher:<br>_____                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im<br>Kiefergelenk?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... Allergien?<br>Wenn ja, an welchen:<br>_____<br>_____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dürfen wir Sie an Ihre halbjährlichen<br>Vorsorgetermine erinnern?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes immer vor Beginn einer Behandlung mit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir für Termine, die nicht bis 24 Stunden vorher oder aus triftigem Grund abgesagt werden, Ausfallzeiten in Rechnung stellen können.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift