

Name, Vorname des **Patienten**, Anschrift

geb. am

E-Mail:

Patientenerhebungsbogen

Dr. Mattias Krüger

Dr. Toralf Müller

Ute Mössner

Zahnärzte

Goethestr. 15, Tel. 07651/91220

79822 Titisee-Neustadt

Telefon (privat):

(dienstlich):

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-/ Kreislaufkrankungen:

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzoperation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Hochgradige Neutropenie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mukoviszidose-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Organtransplantiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stammzellentransplantiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
 Wenn ja, in welchem Monat?Monat

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?

..... seit

..... seit

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit

Anfallsleiden (Epilepsie)

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Osteoporoseerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Raucher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

.....

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Metalle:

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann?

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden. Mit der Nutzung intraoraler Fotos bin ich 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. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

....., den

Unterschrift: