

Patientenerhebungsbogen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

Postleitzahl/Ort:

Telefon (privat):

Beruf:

E-Mail:

Überwiesen durch:

(dienstlich):

Hausarzt:

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
Herzschrillmacher ja nein
Endokarditis ja nein
Herzoperation ja nein

Hochgradige Neutropenie ja nein
Mukoviszidose-Erkrankung ja nein
Organtransplantiert ja nein
Stammzellentransplantiert ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
Tuberkulose ja nein
Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) ja nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK)

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

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

Nehmen Sie Bisphosphonate? ja nein
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? ja nein
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? ja nein
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva? ja nein
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie)

ja nein
Asthma/Lungenerkrankungen ja nein
Blutgerinnungsstörungen ja nein
Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein
Drogenabhängigkeit ja nein
Nervenerkrankung ja nein
Nierenerkrankungen ja nein
Ohnmachtsanfälle ja nein
Osteoporoseerkrankung ja nein
Raucher ja nein
Rheuma/Arthritis ja nein
Schilddrüsenkrankung ja nein
Sonstige Erkrankungen: ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
Antibiotika ja nein
Schmerzmittel ja nein
Metalle:
 ja nein

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann?

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.

Weil a. Rhein, den

Unterschrift: