



ZAHNARZTPRAXIS
ALEXANDER DEIBEL

Patientenerhebungsbogen

Patientenkontaktdaten			
Familienname:			
Vorname:			
Straße/Hausnummer:			
PLZ/Wohnort:			
Geburtsdatum:			
Krankenversicherung:			
Besteht eine Zahnzusatzversicherung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bei PKV (Privatpatienten): Sind Sie im Basistarif versichert?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mit Angabe der E-Mail können wir sie an die Vorsorge alle sechs Monate erinnern!			
Telefonnummer (privat):			
Telefonnummer (mobil):			
E-Mail:			
Beruf:			
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-/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
Körpergewicht:			
Immunsupprimierte Patienten			
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

MRSA:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK):		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Krankheitsbilder			
Anfallsleiden (Epilepsie):		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma/Lungenerkrankung:		<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
Osteoporose Erkrankung:		<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:			
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/welche:			
Schwangerschaft			
Besteht eine Schwangerschaft?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welchem Monat?	Monat:		
Röntgen			
Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann?	Monat/Jahr:		
Einnahme von Medikamenten			
Welche Medikamente:	seit:		
Weitere Medikamente:	seit:		
Nehmen Sie Bisphosphonate?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	Datum:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, meiner Daten für den Zweck der Dokumentation der Behandlung, ggf. Weitergabe an andere Fachärzte, Zahnlabor, E-Mail-Verkehr durch die Praxis zu.
Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

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:

(Ort/Datum)