ZAHNARZTPRAXIS
ALEXANDER DEIBEL

Patientenerhebungsbogen

Patientenkontaktdaten	**Patient**	**Mitversichert Eltern/Ehepartner**	
Familienname:			
Vorname:			
Straße/Hausnummer:			
PLZ/Wohnort:			
Geburtsdatum:			
Krankenversicherung:			
Besteht eine Zahnzusatzversicherung?		☐ ja	☐ nein
Bei PKV (Privatpatienten): Sind Sie im Basistarif versichert?		☐ ja	☐ nein
Besteht eine Pflegestufe	Grad:		
Mit Angabe der E-Mail können wir sie an die Vorsorge alle sechs Monate erinnern!			
Telefonnummer (privat):			
Telefonnummer (mobil):			
Telefonnummer (geschäftlich):			
E-Mail:			
Beruf und Arbeitgeber:			
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
Herzschrittmacher:		☐ ja	☐ nein
Endokarditis:		☐ ja	☐ nein
Herzoperation:		☐ ja	☐ nein
Körpergewicht:			
Immunsupprimierte Patienten			
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
MRSA:		☐ ja	☐ nein
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK):		☐ ja	☐ nein
Sonstige Krankheitsbilder			
Anfallsleiden (Epilepsie):		☐ ja	☐ nein
Asthma/Lungenerkrankung:		☐ ja	☐ nein
Blutgerinnungsstörungen:		☐ ja	☐ nein
Diabetes/Zuckerkrankheit:		☐ ja	☐ nein
Drogenabhängigkeit:		☐ ja	☐ nein
Nervenerkrankung:		☐ ja	☐ nein
Nierenerkrankungen:		☐ ja	☐ nein
Ohnmachtsanfälle:		☐ ja	☐ nein
Osteoporose Erkrankung:		☐ ja	☐ nein
Raucher:		☐ ja	☐ nein
Rheuma/Arthritis:		☐ ja	☐ nein
Schilddrüsenerkrankung:		☐ ja	☐ nein
Sonstige Erkrankungen:			
Allergien bzw. Unverträglichkeiten auf die darunter aufgeführten Sachen:			
Lokalanästhesie/Spritzen:		☐ ja	☐ nein
Antibiotika:		☐ ja	☐ nein
Schmerzmittel:		☐ ja	☐ nein
Metalle/welche:			
Schwangerschaft			
Besteht eine Schwangerschaft?		☐ ja	☐ nein
Wenn ja, in welchem Monat?	Monat:		
Röntgen			
Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?		☐ ja	☐ nein
Wenn ja, wann?	Monat/Jahr:		
Einnahme von Medikamenten			
Welche Medikamente:	seit:		
Weitere Medikamente:	seit:		
Nehmen Sie Bisphosphonate?	seit:	☐ ja	☐ nein
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	seit:	☐ ja	☐ nein
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	seit:	☐ ja	☐ nein
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	seit:	☐ ja	☐ nein
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	Datum:	☐ ja	☐ 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.

Ich erkläre mich einverstanden, dass während der Behandlung (z.B. aus Gründen der Dokumentation, Aufklärung, Behandlungsplanung oder der Kommunikation mit Zahntechnischen Laboren) das Erstellen von Fotos notwendig sein kann.

..... , den ..... Unterschrift: .....
(Ort/Datum)