	Patientenerhebungsbogen	

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie die einzelnen Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name: _____ Geb. am: _____

Vorname: _____ Geburtsort: _____

Adresse: _____ Beruf: _____

Telefonnummer: _____

Mobil: _____

E-Mail Adresse: _____

Versicherte Person/ Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen

Name: _____ Geb. am: _____

Vorname: _____ Geburtsort: _____

Adresse: _____

Versicherung

Name: _____ Ort: _____

○ gesetzlich ○ freiwillig ○ privat ○ PKV-Standarttarif ○ Beihilfe

Besteht eine Zusatzversicherung? ○ nein ○ ja Welche: _____

Haben Sie ein Pflegegrad oder bekommen Eingliederungshilfe? ○ ja ○ nein
Möchten Sie an der elektronischen Patientenakte teilnehmen ○ ja ○ nein

Hausarzt
Name: _____ Anschrift: _____

Wir bitten Sie, Termine pünktlich einzuhalten, andernfalls diese so frühzeitig wie möglich, spätestens jedoch 24 Stunden vorher, abzusagen. Für nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine wird ein Ausfallhonorar in Höhe von ca. 75,00 € in Rechnung gestellt.

X_____ X_____
Ort, Datum Unterschrift des Patienten/ des Erziehungsberechtigten

	Patientenerhebungsbogen	

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ○ ja ○ nein

Schnarchen Sie? ○ ja ○ nein

Haben Sie Verspannungen oder Schmerzen im Kiefergelenk? ○ ja ○ nein

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Herz-/Kreislauferkrankung	○ ja	○ nein	Blutgerinnungsstörung	○ ja	○ nein
Hoher Blutdruck	○ ja	○ nein	Niedriger Blutdruck	○ ja	○ nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	○ ja	○ nein	Lungenerkrankung / Asthma	○ ja	○ nein
Diabetes / Zuckerkrankheit	○ ja	○ nein	Raucher	○ ja	○ nein
Nierenerkrankung	○ ja	○ nein	Rheuma/Arthritis	○ ja	○ nein
Schilddrüsenerkrankung	○ ja	○ nein	Tumorerkrankung	○ ja	○ nein
Drogenabhängigkeit	○ ja	○ nein	Alkoholabhängigkeit	○ ja	○ nein
Osteoporose	○ ja	○ nein	Parkinson	○ ja	○ nein
Sonstige Erkrankungen:					

Infektionskrankheiten

HIV Infektion /AIDS	○ ja	○ nein	Hepatitis A	○ ja	○ nein
Hepatitis B	○ ja	○ nein	Hepatitis C	○ ja	○ nein
Tuberkulose	○ ja	○ nein	MRSA	○ ja	○ nein
			Creuzfeld Jakob Krankeit (CJK/vCJK)	○ ja	○ nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie	○ ja	○ nein	Antibiotika	○ ja	○ nein
Schmerzmittel	○ ja	○ nein	Metalle	○ ja	○ nein
Latex	○ ja	○ nein	Allergiepass	○ ja	○ nein
Sonstiges:					

Sonstige wichtige Informationen

Besteht eine Schwangerschaft?	○ ja	○ nein	Wenn ja, welche SSW?	
Wurden bei Ihnen in letzter Zeit zahnärztliche Röntgenaufnahmen durchgeführt?				
○ ja	○ Nein	Wenn ja, wann?		

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit bzw. regelmäßig ein?

Name:	Seit:	Name:	Seit:
Name:	Seit:	Name:	Seit:

Kostenloser Erinnerungsservice

Unsere Praxis hat sich das Ziel gesetzt, Ihre Zähne von Anfang an gesund zu erhalten. Daher bieten wir Ihnen einen kostenlosen Erinnerungs-Service für Kontroll- und Prophylaxe Termine an. Möchten Sie sich für unseren kostenlosen Erinnerungsservice vormerken lassen?	○ ja	○ nein

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

X_____ X_____

Ort, Datum Unterschrift des Patienten/ des Erziehungsberechtigten

Erstellt von:	Freigabe von:	Gültig ab:	Version1
M. Müller			Seite **2** von **2**