

<h1>Patientenerhebungsbogen</h1>		
----------------------------------	--	--

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-Standardtarif Beihilfe

Besteht eine Zusatzversicherung? nein ja Welche: _____

Haben Sie ein Pflegegrad oder bekommen Eingliederungshilfe? ja nein

Hausarzt

Name: _____ Anschrift: _____

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ja nein

Schnarchen Sie? ja nein

Haben Sie Verspannungen oder Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein

Erstellt von: M. Müller	Freigabe von:	Gültig ab:	Version1 Seite 1 von 2
----------------------------	---------------	------------	---------------------------

	<h1>Patientenerhebungsbogen</h1>	
--	----------------------------------	--

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein	Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein	Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein	Lungenerkrankung / Asthma	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
Diabetes / Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein	Raucher	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein	Rheuma/Arthritis	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein	Tumorerkrankung	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
Drogenabhängigkeit	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein	Alkoholabhängigkeit	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
Osteoporose	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein	Parkinson	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
Sonstige Erkrankungen:									

Infektionskrankheiten

HIV Infektion /AIDS	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein	Hepatitis A	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
Hepatitis B	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein	Hepatitis C	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
Tuberkulose	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein	MRSA	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
Creuzfeld Jakob Krankheit (CJK/vCJK)									
					<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein	

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein	Antibiotika	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
Schmerzmittel	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein	Metalle	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
Latex	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein	Allergiepass	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein
Sonstiges:									

Sonstige wichtige Informationen

Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nein	Wenn ja, welche SSW?	
Wurden bei Ihnen in letzter Zeit zahnärztliche Röntgenaufnahmen durchgeführt?						
<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	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?	<input type="radio"/>	ja
	<input type="radio"/>	nein

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren bitten wir 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, es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet.

X _____
Ort, Datum

X _____
Unterschrift des Patienten/ des Erziehungsberechtigten