

Patientenerhebungsbogen

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Handy: _____

Beruf: _____ Hausarzt: _____

Ich komme auf Empfehlung von _____ Versicherung _____

- Kennen Sie unsere Homepage: ja nein
Wenn ja, hat Sie die Homepage dazu bewegt unsere Praxis zu besuchen: ja nein
Möchten Sie über die neuesten Behandlungsmethoden aufgeklärt werden (z.B.: Veneers, Kieferorthopädische Behandlung ohne Brackets): ja nein
Hatten Sie vorher Angst beim Zahnarzt: 1 leicht 2 3mittel 4 5 stark
Wie zufrieden sind Sie mit dem Zustand Ihres Gebisses: 1 sehr 2 3mittel 4 5 nicht
Wie wichtig ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne: 1 sehr 2 3mittel 4 5 nicht
Haben Sie ein Bonusheft: ja nein

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.

Leiden Sie an:

Herz-/ Kreislaufkrankungen:

- Bluthochdruck ja nein
Herzklappenfehler ja nein
Herzklappenersatz ja nein
Herzschrittmacher ja nein
Herzoperation ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

- AIDS / HIV ja nein
Hepatitis ja nein
Tuberkulose ja nein

Müssen Sie vor ärztlichen Eingriffen Antibiotika für Herzschutz einnehmen? ja nein

- Anfallsleiden (Epilepsie):** ja nein
Asthma/Lungenerkrankungen: ja nein
Blutgerinnungsstörungen: ja nein
Diabetes/Zuckerkrankheit: ja nein
Drogenabhängigkeit: ja nein
Nierenerkrankungen: ja nein
Ohnmachtsanfälle: ja nein
Sonstige Erkrankungen: _____

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

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

Kann eine Schwangerschaft bestehen oder besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat?..... Monat

Sind bei Ihnen in den letzten 6 Monaten zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? ja nein

Wenn ja, warum?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit?

..... seit.....
..... seit.....

Achtung: Durch Betäubungsmittel und Schmerzmittel kann die Fahrtüchtigkeit, sowie das Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden.

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 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

....., den

Unterschrift: