

Name:.....
Vorname:.....
Anschrift:.....
Wohnort:.....
Geburtsort:.....

geb......

Telefon (privat):
dienstlich:.....

Beruf/ Arbeitgeber:

Patientenerhebungsbogen

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-/ Kreislaferkrankungen:

- Hoher Blutdruck ja nein
- Niedriger Blutdruck ja nein
- Herzklappenfehler ja nein
- Herzklappenersatz ja nein
- Herzschriltmacher ja nein
- Endokarditis(Entzündung der Herzzinnenhaut) ja nein
- Herzoperation ja nein

- Hochgradige Neutropenie** ja nein
- Rheuma/Arthritis** ja nein
- Schilddrüsenerkrankung** ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

- HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
- Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
- Tuberkulose ja nein
- Andere Infektionskrankheiten ja nein

- Besteht eine Schwangerschaft?** ja nein
- Wenn ja, in welchem Monat?Monat

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

Nehmen Sie Bisphosphonate?

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?

Anfallsleiden (Epilepsie)

Asthma/Lungenerkrankungen

Blutgerinnungsstörungen

Diabetes/Zuckerkrankheit

Drogenabhängigkeit

Nervenerkrankung

Nierenerkrankungen

Ohnmachtsanfälle

Osteoporoseerkrankung

Raucher

Sonstige Erkrankungen:

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen

Antibiotika

Schmerzmittel

Metalle:

- ja nein

.....
 ja nein

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche

Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann?

..... seit

..... seit

ja nein seit

ja nein seit

ja nein seit

ja nein seit

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme einverstanden. 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.

....., den

Unterschrift: