



Zollernweg1 - 76532 Baden-Baden – Telefon 07221/55644

Patienten-Nummer: _____

Patientenerhebungsbogen

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Patient	_____	_____	_____
Herr/Frau/Kind	Name	Vorname	geb./Geburtsort

Mitglied	_____	_____	_____
(Versicherter)	Name	Vorname	geb.

Anschrift	_____		
	Straße/ Nr.	PLZ/ Ort	

_____	_____	_____
Telefon privat	Telefon Arbeit	Telefon Mobil

_____ e-mail Adresse

_____	Gesetzlich versichert:	Ja ___ Nein ___
Name der Krankenkasse	Privatversicherung:	Ja ___ Nein ___
	Zusatzversicherung:	Ja ___ Nein ___
	Beihilfeberechtigt:	Ja ___ Nein ___

Hinweis zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Von Bekannten empfohlen _____

Telefon-/Branchenbuch _____

Web-Site/Internet _____

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten elektronisch speichern und dabei die Bestimmungen des Datenschutzes einhalten.

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

_____ Datum

_____ Unterschrift

- Bitte wenden -

Anamneseerhebung:

Ärztliche Behandlung: sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja ___ Nein ___

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt: Name/Anschrift _____

Medikamente: welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Allergie: Besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeit auf Materialien Ja ___ Nein ___
oder Medikamente? Ja ___ Nein ___

Unverträglichkeit gegen? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja ___ Nein ___

Herz- Herzschrittmacher? Ja ___ Nein ___

Kreislaufkrankungen: Herzinfarkt? Ja ___ Nein ___

Herzschwäche? Ja ___ Nein ___

Herzoperation ? Wann _____ Ja ___ Nein ___

Angina pectoris? Ja ___ Nein ___

Zu hoher Blutdruck? Ja ___ Nein ___

Zu niedriger Blutdruck? Ja ___ Nein ___

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? Ja ___ Nein ___

Sonstiges? _____

Vegetative Erkrankungen: Ohnmachtsanfälle? Ja ___ Nein ___

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Ja ___ Nein ___

Sonstiges? _____

Stoffwechselerkrankung: Zuckerkrankheit (Diabetes) ? Ja ___ Nein ___

Nierenerkrankung? Ja ___ Nein ___

Magen-Darmerkrankung? Ja ___ Nein ___

Osteoporoseerkrankung? Ja ___ Nein ___

Schilddrüsenerkrankung? Ja ___ Nein ___

Sonstiges? _____

Nervensystem: Epilepsie oder andere Anfallsleiden? Ja ___ Nein ___

Krämpfe? Ja ___ Nein ___

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie) ? Ja ___ Nein ___

Blutarmut (Anämie) ? Ja ___ Nein ___

Infektionserkrankung: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B _____) ? Ja ___ Nein ___

Tuberkulose? Ja ___ Nein ___

Chronische Erkrankungen der Atemwege? Ja ___ Nein ___

HIV-Infektion/AIDS ? Ja ___ Nein ___

Infektionserkrankung (z.B. MRSA) Ja ___ Nein ___

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK oder vCJK) Ja ___ Nein ___

Sonstiges? _____

Weitere Angaben: Sind oder waren Sie alkohol- oder drogenabhängig Ja ___ Nein ___

Schwangerschaft: Besteht eine Schwangerschaft? Ja ___ Nein ___

Wenn ja, welcher Monat? _____

Röntgen: Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? _____

Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum: _____ Unterschrift _____