

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sie sind gesetzlich vorgeschrieben. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift:

Straße

PLZ/Ort

Tel.-Nummer:

Handy

Privat

geschäftlich

Versicherter:

Name

Vorname

Geburtsdatum

☐ Pflichtversichert

☐ Freiwillig versichert

☐ Selbstzahler

☐ Privat versichert

Krankenkasse: _____

Haben Sie eine **Zusatzversicherung** z.B. für:

Zahnersatz

Kunststoff- Füllungen

und/oder Professionelle Zahnreinigung?

☐ Ja ☐ Nein

☐ Ja ☐ Nein

☐ Ja ☐ Nein

Besitzen Sie ein **Bonusheft**? ☐ Ja ☐ Nein

Name Ihres **Hausarztes** (nur bei regelmäßigem Besuch) _____

Welche **Medikamente** nehmen Sie zur Zeit? _____

		Ja	Nein
Nehmen Sie blutverdünnende (gerinnungshemmende) Medikamente		☐	☐
(z.B. ASS 100, MARCUMAR, ELIQUIS)?			
Hatten Sie einen Schlaganfall? Wenn ja, wann?		☐	☐
Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)	☐	☐
	unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	☐	☐
	Herzasthma, Angina pectoris	☐	☐
	Herzschrittmacher	☐	☐
	Herzinfarkt? Wenn ja, wann? _____	☐	☐
Kreislaufferkrankungen:	zu hoher Blutdruck	☐	☐
	zu niedriger Blutdruck	☐	☐
	Ohnmachtsanfälle	☐	☐
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)	☐	☐
	Wenn Ja: HbA1c Wert: _____		
	Magen-Darm-Erkrankung	☐	☐
	Schilddrüsenerkrankung	☐	☐

Erkrankungen des

Nervensystems: epileptische Anfälle/Krämpfe ☐ ☐

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie) ☐ ☐

Blutarmut ☐ ☐

Allergien: **Wenn ja, welche?** ☐ ☐

Allergien/Überempfindlichkeit gegen Antibiotika? ☐ ☐

Wenn ja, welche:

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A , B, C) ☐ ☐

Tuberkulose ☐ ☐

Chronische Erkrankungen der Atemwege ☐ ☐

AIDS, HIV ☐ ☐

Immunsystem: Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? ☐ ☐

Wenn ja, welche: ☐ ☐

Sonstige Erkrankungen: Osteoporose/ ggf. Medikamente: ☐ ☐

Tumorerkrankungen ☐ ☐

Wenn ja, welche/wann?

Weitere Angaben: Sind oder waren Sie drogenabhängig? ☐ ☐

Wurden Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im
Kopfbereich geröntgt (außer bei uns), auch CT, MRT? ☐ ☐

Schwangerschaft: **Wenn ja, welche Woche?** ☐ ☐

Rauchen Sie? **Wenn ja, mehr als 10 Zigaretten am Tag? (☐ Ja ☐ Nein) ...** ☐ ☐

Körpergröße: **Körpergewicht:**

Leiden Sie an der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit? ☐ ☐

Für Ihre Behandlung vereinbaren wir Termine mit Ihnen. Wir halten uns für Ihre Behandlung eine bestimmte Zeitspanne frei und bitten Sie deshalb vereinbarte Termine einzuhalten. Dies ist für unseren Praxisablauf unablässig und auch im Sinne aller anderen Patienten sinnvoll. Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung **mindestens 24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin mitteilen (auch gerne als Ansage auf dem Anrufbeantworter). Gerne sind wir bereit, einen neuen Termin mit Ihnen zu vereinbaren!

Sollten Sie einen fest vereinbarten Termin nicht wahrnehmen, ohne uns vorher darüber rechtzeitig in Kenntnis gesetzt zu haben, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Falle eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden **kann** (§§ 615/280 BGB).

Berechnungsgrundlage für dieses sogenannte „Ausfallhonorar“ ist der durchschnittliche Kostenfaktor für eine Praxisstunde.

EU-Datenschutz-Grundverordnung ab 25.05.2018:

„Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.