 **Patientenerhebungsbogen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patientenkontaktdaten** |  |  |
| Familienname: |  |  |
| Vorname: |  |  |
| Straße/Hausnummer: |  |  |
| PLZ/Wohnort: |  |  |
| Geburtsdatum: |  |  |
| Versichertenstatus: |  |  |
| **Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!** |  | |
| Telefonnummer (privat): |  |  |
| Telefonnummer (mobil): |  |  |
| E-Mail: |  |  |
| Beruf: |  |  |
| Hausarzt/Name: |  |  |
| Hausarzt/Telefonnummer: |  |  |
| Hausarzt/Anschrift: |  |  |

**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-/Kreislauferkrankungen** |  |  |  |
| Hoher Blutdruck: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Niedriger Blutdruck: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Herzklappenfehler: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Herzklappenersatz: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Herzschrittmacher: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Endokarditis: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Herzoperation: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| **Immunsupprimierte Patienten** |  |  |  |
| Hochgradige Neutropenie: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Mukoviszidose-Erkrankung: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Organtransplantiert: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Stammzellentransplantiert: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| **Infektiöse Erkrankungen** |  |  |  |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Lebererkrankung/Hepatitis: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Tuberkulose: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| MRSA: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK): |  | 🞏 ja | 🞏 nein |



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sonstige Krankheitsbilder** |  |  |  |
| Anfallsleiden (Epilepsie): |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Asthma/Lungenerkrankung: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Blutgerinnungsstörungen: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Diabetes/Zuckerkrankheit: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Drogenabhängigkeit: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Nervenerkrankung: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Nierenerkrankungen: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Ohnmachtsanfälle: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Osteoporose Erkrankung: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Raucher: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Rheuma/Arthritis: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Schilddrüsenerkrankung: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Sonstige Erkrankungen: |  |  |  |
| **Allergien bzw. Unverträglichkeiten** |  |  |  |
| Lokalanästhesie/Spritzen: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Antibiotika: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Schmerzmittel: |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Metalle/welche: |  |  |  |
| **Schwangerschaft** |  |  |  |
| Besteht eine Schwangerschaft? |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Wenn ja, in welchem Monat? | Monat: |  |  |
| **Röntgen** |  |  |  |
| Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt? |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Wenn ja, wann? | Monat/Jahr: |  |  |
| **Einnahme von Medikamenten** |  |  |  |
| Welche Medikamente: | seit: |  |  |
| Weitere Medikamente: | seit: |  |  |
| Nehmen Sie Bisphosphonate? | seit: | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? | seit: | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? | seit: | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? | seit: | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? | Datum: | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Haben Sie Angst vor der Behandlung? |  | 🞏 ja | 🞏 nein |
| Haben Sie Zahnfleischbluten? |  | 🞏 ja | 🞏 nein |

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

□ JA □ NEIN

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

□ JA □ NEIN

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. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zur Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.

Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter dem Link:

<https://www.g-ba.de/beschluesse/4035/>

Bitte beachten! Die örtliche Betäubung hat zur Folge, dass Sie 2 Std. nicht und 24 Std. nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei Ihrem ersten Besuch im Quartal. Liegt sie uns nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

............................................. , den ...................................... Unterschrift: .....................................................

(Ort/Datum)