

Patientenerhebungsbogen

Name, Vorname des **Patienten**

Anschrift

geb. am

E-Mail:

ggf. versichert über: Name, Vorname, geb. am, Adresse (falls abweichend)

Krankenkasse:
 pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert

Hausarzt: Name: Telefon:
 Anschrift:

Telefon (**privat**):
 Telefon (**Geschäft**):
Handy

Beruf*:
 Arbeitgeber*:
 (*diese Angaben sind freiwillig)

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-/ Kreislaufferkrankungen:

- Hoher Blutdruck ● ja nein
- Herzklappenfehler ○ ja nein
- Herzklappenersatz ○ ja nein
- Herzschrittmacher ja nein
- Endokarditis ja nein
- Herzoperation ja nein
- Herzinsuffizienz ● ja nein
- Herzinfarkt ● ja nein
- Koronare Herzkrankh./Angina Pectoris ● ja nein
- Herzrhythmusstörungen ● ja nein
- Schlaganfall ● ja nein
- Mukoviszidose-Erkrankung** ja nein
- Organtransplantiert** ja nein
- Stammzellentransplantiert** ja nein
- Hämatologische Erkrankungen** ○ ja nein
(Erkrankungen blutbildender Organe)

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein

- Asthma/Lungenerkrankungen** ● ja nein
- Blutgerinnungsstörungen** ○ ja nein
- Diabetes/Zuckerkrankheit** ●○ ja nein
- Drogen-/Alkoholabhängigkeit** ja nein
- Nervenerkrankung** ja nein
- Nierenerkrankungen** ja nein
- Ohnmachtsanfälle** ja nein
- Osteoporoseerkrankung** ja nein
- Raucher** ja nein
- Rheuma/Arthritis** ○ ja nein
- Schilddrüsenenerkrankung** ● ja nein
- Glaukom** (erhöhter Augendruck,gr.Star) ● ja nein
- Tumorerkrankungen** ○ ja nein
- künstl. Gelenke** ○ ja nein
- Psychische Erkrankungen** ●(z.B.Depressionen) ja nein
- Dialyse** ○ ja nein

Infektiöse Erkrankungen: ○

(z.B. HIV,Hepatitis,MRSA,etc) ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten: nein ja:

(z.B. Antibiotika, Schmerzmittel, Lokalanästhesie/Spritzen, Latex, etc).

Besteht eine Schwangerschaft? ● nein ja: welchem Monat?Monat

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit? ●○ (bei umfangreichen Medikamenten bitte wir um einen Medikamentenplan vom Hausarzt mitzubringen)

Besteht eine Tumorerkrankung oder Osteoporoseerkrankung? Wenn JA, in welche Therapie stehen Sie:

Letzte Operationen:

Haben Sie Angst vor der Behandlung? ja nein

Ich erkläre mich mit der Aufnahme in das Bonus-Erinnerungs/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.

Tübingen, den

Unterschrift:

●ggf. Vorsicht bei Lokalanästhesie;

○ Möglicherweise AB Prophylaxe indiziert