

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

Zusatzversicherung ja nein

Pflegestufe/grad ja nein

.....wenn ja welche

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-/ Kreislauferkrankungen:

- 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
- Hochgradige Neutropenie** ja nein
- Mukoviszidose-Erkrankung** ja nein
- Organtransplantiert** ja nein
- Stammzellentransplantiert** ja nein
- Hämatologische Erkrankungen** ○ ja nein

(Erkrankungen blutbildender Organe)

Sonstige Erkrankungen

Infektiöse Erkrankungen:

- HIV-Infektion/Stadium AIDS ○ ja nein
- Lebererkrankungen /Hepatitis ja nein
- Tuberkulose ja nein
- Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) ja nein
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) ja nein

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
- Mangeldurchbl. d.ZNS** (zentr.Nervensy.) ● ja nein
- Tumorerkrankungen** ○ ja nein
- künstl. Gelenke** ○ ja nein
- Psychische Erkrankungen**●(z.B.Depressionen) ja nein
- Dialyse** ○ ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
- Antibiotika ja nein
- Schmerzmittel ja nein
- gegen Metalle/sonstige:.....
.....
..... ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ● ja nein : Wenn ja, in welchem Monat?Monat

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? Wenn ja, wann?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit? ●○

Nehmen Sie Bisphosphonate?

ja nein seit

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?

ja nein seit

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?

ja nein seit

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?

ja nein seit

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?

ja nein Datum:

Haben Sie Angst vor der Behandlung? ja nein

Ich erkläre mich mit der Aufnahme in das Bonus-Erinnerungs/Recall-System/Terminreminder per SMS 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