

Versicherung : gesetzl. versichert Freiwillig versichert
 Zusatzversichert Zusatzversichert

Patientenerhebungsbogen

Privatversichert Private Sondertarife : Basistarif Standardtarif (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Name, Vorname des Patienten, Anschrift

....., geb. am :

....., geb. am:
(Name , Vorname des gesetzl. Vetreters, Mitglieds)

Telefon (privat):(dienstlich): Mobil :

Beruf/ Arbeitgeber: Email :
(Bitte deutlich schreiben)

Hausarzt: Name:

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-/ Kreislaufferkrankungen:

Bluthochdruck ja nein
Herzklappenfehler ja nein
Herzklappenersatz ja nein
Herzschriltmacher ja nein
Endokarditis ja nein
Herzoperation ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

AIDS ja nein
Hepatitis ja nein
Tuberkulose ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie): ja nein
Asthma/Lungenerkrankungen: ja nein
Blutgerinnungsstörungen: ja nein
Diabetes/Zuckerkrankheit: ja nein
Drogenabhängigkeit: ja nein
Nierenerkrankungen: ja nein
Ohnmachtsanfälle: ja nein
Sonstige Erkrankungen:

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
Antibiotika ja nein
Schmerzmittel ja nein
Metalle:
.....

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) ja nein

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

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

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßige bzw. zur Zeit? seit
..... seit
..... seit

Sind Sie an einer Behandlung unter zahnärztl. Hypnose interessiert ? ja

Dürfen wir Sie über medizinische Neuerungen per Email informieren ? ja

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, daß nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.