

# DR. ÖHLUND



## ZAHNÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

### Patientenerhebungsbogen

Name, Vorname : \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. (privat): \_\_\_\_\_ Tel. (gesch.): \_\_\_\_\_

Tel. (mob.): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Versicherung:  Privat  GKV Zusatzversicherung:  ja  nein

**Bitte beantworten Sie die folgenden 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	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzklappenfehler	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzklappenersatz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Endokarditis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzoperation	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Hochgradige Neutropenie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Mukoviszidose-Erkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Organtransplantiert	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Stammzellentransplantiert	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

#### Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Tuberkulose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
MRSA	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Andere: \_\_\_\_\_

Epilepsie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Asthma/Lungenerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Drogenabhängigkeit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nervenerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Osteoporoseerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Raucher	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Rheuma/Arthritis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

#### Allergien/Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetikum		
(Betäubungsmittel)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Antibiotika	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schmerzmittel	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Metalle: \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Wenn ja, in welchem Monat: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ?  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Bisphosphonate?  ja  nein

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?  ja  nein

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?  ja  nein

Wurden Operationen im Krankenhaus durchgeführt  ja  nein Datum: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden. 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 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

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

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

DR. ÖHLUND



ZAHNÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

**Vormund/Erziehungsberechtigter**

\_\_\_\_\_

Name, Vorname : \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. (privat): \_\_\_\_\_ Tel. (gesch.): \_\_\_\_\_

Tel. (mob.): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_