

Patientenerhebungsbogen

Patientenkontaktdaten	
Familienname:	
Vorname:	
Straße/Hausnummer:	
PLZ/Wohnort:	
Geburtsdatum:	
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. Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen, fragen Sie unsere Mitarbeiterinnen.

1 Herz-/ Kreislaufkrankungen	☐ ja	☐ nein weiter bei 2
Hoher Blutdruck:	☐ ja	☐ nein
Niedriger Blutdruck:	☐ ja	☐ nein
Herzklappenfehler:	☐ ja	☐ nein
Herzklappenersatz:	☐ ja	☐ nein
Herzschrittmacher:	☐ ja	☐ nein
Endokarditis:	☐ ja	☐ nein
Herzoperation:	☐ ja	☐ nein
2 Immunsupprimierte Patienten	☐ ja	☐ nein weiter bei 3
Hochgradige Neutropenie:	☐ ja	☐ nein
Mukoviszidose-Erkrankung:	☐ ja	☐ nein
Organtransplantiert:	☐ ja	☐ nein
Stammzellentransplantiert:	☐ ja	☐ nein
3 Infektiöse Erkrankungen	☐ ja	☐ nein weiter bei 4
HIV-Infektion/Stadium AIDS:	☐ ja	☐ nein
Lebererkrankung/Hepatitis:	☐ ja	☐ nein
Tuberkulose:	☐ ja	☐ nein
MRSA:	☐ ja	☐ nein

4 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/ große Operative Eingriffe:			
5 Allergien bzw. Unverträglichkeiten		☐ ja	☐ nein weiter bei 6
Lokalanästhesie/Spritzen:		☐ ja	☐ nein
Antibiotika:		☐ ja	☐ nein
Schmerzmittel:		☐ ja	☐ nein
Metalle/welche:			
6 Schwangerschaft		☐ ja	☐ nein weiter bei 7
Besteht eine Schwangerschaft?			
Wenn ja, in welchem Monat?	Monat:		
7 Einnahme von Medikamenten		☐ ja	☐ nein weiter bei 8
Welche Medikamente:			
Nehmen Sie Bisphosphonate?		☐ ja	☐ nein
Nehmen Sie Blutverdünner		☐ ja	☐ nein
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?		☐ ja	☐ nein
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?		☐ ja	☐ nein
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?		☐ ja	☐ nein
8 Röntgenaufnahmen			
Wurden bei Ihnen im letzten ½ Jahr zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?		☐ ja	☐ nein



Dr. Hullmann

Zahnarzt

Rüdesheimer Str. 2a 45145 Essen
Tel. 0201/756756 | Fax 0201/763092
E-Mail: zahnarzt@drhullmann.de

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.

Liebe Patientin, lieber Patient,

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dabei werden insbesondere personenbezogene Daten verarbeitet: Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versichertenstatus und Bankverbindung, Anamnese, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (zB. Röntgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsvertrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkasse, oder privatärztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die o.g. Dritten ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung, sind mir bekannt. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per E-mail an die Praxis, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Im Vertretungsfall innerhalb der Praxis können die erforderlichen medizinischen oder sonstigen personenbezogenen Daten ausgetauscht werden. Falls

ich das nicht wünsche, markiere ich dies hier: ☐

..... , den
(Ort/Datum)

Unterschrift: