

Patientenerhebungsbogen

Patientenkontakt Daten	
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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein weiter bei 2
Hoher Blutdruck:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Endokarditis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzoperation:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2 Immunsupprimierte Patienten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein weiter bei 3
Hochgradige Neutropenie:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mukoviszidose-Erkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Organtransplantiert:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stammzellentransplantiert:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3 Infektiöse Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein weiter bei 4
HIV-Infektion/Stadium AIDS:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung/Hepatitis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MRSA:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein



4 Sonstige Krankheitsbilder			
Anfallsleiden (Epilepsie):		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma/Lungenerkrankung:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes/Zuckerkrankheit:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Drogenabhängigkeit:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nervenerkrankung:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankungen:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsanfälle:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose Erkrankung:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Raucher:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma/Arthritis:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen/ große Operative Eingriffe:			
5 Allergien bzw. Unverträglichkeiten		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein weiter bei 6
Lokalanästhesie/Spritzen:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Antibiotika:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Metalle/welche:			
6 Schwangerschaft Besteht eine Schwangerschaft?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein weiter bei 7
Wenn ja, in welchem Monat?	Monat:		
7 Einnahme von Medikamenten		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein weiter bei 8
Welche Medikamente:			
Nehmen Sie Bisphosphonate?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Blutverdünner		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8 Röntgenaufnahmen			
Wurden bei Ihnen im letzten ½ Jahr zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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.

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 Unterschrift:

(Ort/Datum)