



## Patientenerhebung

### Patient

Name, Vorname ..... Geb.-Datum .....

Anschrift .....

### Versicherter (falls abweichend)

Name, Vorname ..... Geb.-Datum .....

Anschrift .....

Krankenkasse/Versicherung .....

Beruf ..... Arbeitgeber .....

Ich bin tagsüber telefonisch zu erreichen unter:

Tel. .... Mobil .....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

verschiedene Erkrankungen können Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir vor Ihrer Behandlung einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

**Bitte geben Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes vor jeder Behandlung an!**

### Allgemein

Neigen Sie zur Ohnmacht?	[ N ] [ J ]	Leiden Sie unter...	
Haben Sie zu hohen Blutdruck?	[ N ] [ J ]	Diabetes	[ N ] [ J ]
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	[ N ] [ J ]	Rheuma	[ N ] [ J ]
Leiden Sie unter Durchblutungsstörungen?	[ N ] [ J ]	Allergien	[ N ] [ J ]
Haben Sie Herzerkrankungen?, wenn ja	[ N ] [ J ]	Wenn ja, welche? .....	
> Herzfehler?	[ N ] [ J ]	.....	
> Herzklappenprothese?	[ N ] [ J ]	Lungenerkrankung	[ N ] [ J ]
> Herzinnenhautentzündung?	[ N ] [ J ]	Magen-Darm-Erkrankung	[ N ] [ J ]
> Herzoperation?	[ N ] [ J ]	Nervenerkrankung	[ N ] [ J ]
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	[ N ] [ J ]	Anfallsleiden (Epilepsie)	[ N ] [ J ]
Haben Sie Probleme bei Anästhesien?	[ N ] [ J ]	Aids (HIV positiv)	[ N ] [ J ]

### Medikamente

Nehmen sie blutverdünnende Medikamente wie z.B.:  
ASS, Marcumar, Xarelto, Pradaxa, Eliquis ein? [ N ] [ J ]  
Wenn ja, welche? .....

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? [ N ] [ J ]  
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? [ N ] [ J ]  
Wenn ja, welche? .....

Nehmen Sie sonstige Medikamente ein? [ N ] [ J ]  
Wenn ja, welche? .....

### Weiteres

Haben Sie sonstige Erkrankungen? [ N ] [ J ]  
Wenn ja, welche? .....

Wer ist Ihr Hausarzt? .....

Für Patientinnen: sind Sie schwanger? [ N ] [ J ]  
Übernahme d. Karteiunterlagen einverstanden? [ N ] [ J ]

Ort, Datum

Unterschrift