

**Patientenerhebungsbogen**

Name ..... Vorname.....  
 Straße ..... PLZ/Ort.....  
 geb. am ..... E-Mail:.....  
 Arbeitgeber: .....  
 Telefon (privat): ..... Mobil: .....  
 Hausarzt: Name: ..... Telefon: .....

**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.

**Covid Geimpft** **Covid Genesen** **Herz-/ Kreislauferkrankungen:**

Hoher Blutdruck  ja  nein  
 Niedriger Blutdruck  ja  nein  
 Herzklappenfehler  ja  nein  
 Herzklappenersatz  ja  nein  
 Herzschrittmacher  ja  nein  
 Endokarditis  ja  nein  
 Herzoperation  ja  nein

**Hochgradige Neutropenie**  ja  nein  
**Mukoviszidose-Erkrankung**  ja  nein  
**Organtransplantiert**  ja  nein  
**Stammzellentransplantiert**  ja  nein

**Anfallsleiden (Epilepsie)**

ja  nein  
**Asthma/Lungenerkrankungen**  ja  nein  
**Blutgerinnungsstörungen**  ja  nein  
**Diabetes/Zuckerkrankheit**  ja  nein  
**Drogenabhängigkeit**  ja  nein  
**Nervenerkrankung**  ja  nein  
**Nierenerkrankungen**  ja  nein  
**Ohnmachtsanfälle**  ja  nein  
**Osteoporoseerkrankung**  ja  nein  
**Raucher**  ja  nein  
**Rheuma/Arthritis**  ja  nein  
**Schilddrüsenerkrankung**  ja  nein  
**Sonstige Erkrankungen:**  ja  nein

**Infektiöse Erkrankungen:**

HIV-Infektion/Stadium AIDS  ja  nein  
 Lebererkrankung/Hepatitis  ja  nein  
 Tuberkulose  ja  nein  
 Infektionskrankheiten (z. B. MRSA)  ja  nein  
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK)  ja  nein

**Allergien bzw. Unverträglichkeiten:**

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

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

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

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?** .....

**Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?**.....

**Wünschen sie regelmäßig an eine Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?** Ja  Nein

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 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

....., den .....

Unterschrift: .....