Zahnärzte Egenhausen ▪ Dr. Martin Wolf ▪ Stephanie Walz 🖂 Hauptstr. 9, 72227 Egenhausen 🕿 07453/ 95 18 18

**Patientenerhebungsbogen**

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,*

*bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um die vorliegenden Fragen vollständig und genau zu beantworten. Sie tragen damit dazu bei, dass wir Ihren Gesundheitszustand gut beurteilen und Sie dann optimal behandeln können.*

*Sollten Sie eine vom Arzt erstellte* ***Medikamentenliste*** *haben, wäre es gut, wenn Sie uns eine Kopie zur Verfügung stellen könnten.*

***Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Sie dienen ausschließlich dazu, die zahnärztliche Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.***

***Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.***

**Patient:** .......................................................................................................................................................

Name: Vorname: Geburtsdatum:

…………………................................................................................................................................

Postleitzahl / Wohnort: Straße /Hausnummer:

**versicherte Person:** (nur auszufüllen, wenn **Familienversicherung** vorliegt)

........................................................................................................................................................

Name: Vorname: Geburtsdatum:

**Krankenversicherung:**

gesetzlich versichert: ja 🞏 nein 🞏

privat versichert ja 🞏 nein 🞏

Zusatzversicherung: ja 🞏 nein 🞏

beihilfeberechtigt: ja 🞏 nein 🞏

Haben Sie ein **Bonusheft**? ja 🞏 nein 🞏

**Folgende Angaben sind freiwillig:** \*

\*Hausarzt/Name: ………….…........................................................................................................................

\*Beruf: ………………………………………………………………………………………………………………….

**Wie dürfen wir Sie kontaktieren?**

\*Telefon:……….……………………………………………………………………..………………………………… \* (privat) mobil \*

\*eMail: …………………………..…………………………………………………………………………………………….

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten **zur Kontaktaufnahme** einverstanden. ja 🞏 nein 🞏

Zahnärzte Egenhausen ▪ Dr. Martin Wolf ▪ Stephanie Walz 🖂 Hauptstr. 9, 72227 Egenhausen 🕿 07453/ 95 18 18

**Fragen zum Gesundheitszustand:** (**Zutreffendes** bitte **ankreuzen**!)

**Allergien/Unverträglichkeiten:**

Leiden Sie unter Allergien gegen:

Lokalanästhesie/Spritzen: ja 🞏 nein 🞏

Antibiotika: ja 🞏 nein 🞏

Schmerzmittel: ja 🞏 nein 🞏

Metalle: ja 🞏 nein 🞏

Falls ja, welche ? ………………………………………………………………………………

Sonstiges: ………………………………………………………………………………………. ja 🞏 nein 🞏

**Hatten oder haben sie eine der nachfolgend aufgeführten Krankheiten?**

**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 🞏

**Infektiöse Erkrankungen:**

HIV-Infektion/Stadium Aids: ja 🞏 nein 🞏

Lebererkrankung/ Hepatitis: ja 🞏 nein 🞏

Tuberkulose: ja 🞏 nein 🞏

MRSA: ja 🞏 nein 🞏

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/

neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK): ja 🞏 nein 🞏

**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 🞏

Blutgefäße: Durchblutungsstörungen, Thrombose, Krampfadern ja 🞏 nein 🞏

**Sonstige Erkrankungen**: ja 🞏 nein 🞏

falls ja, welche ? ……………………………………………………………………………………………….

Zahnärzte Egenhausen ▪ Dr. Martin Wolf ▪ Stephanie Walz 🖂 Hauptstr. 9, 72227 Egenhausen 🕿 07453/ 95 18 1

**Schwangerschaft:**

Besteht eine **Schwangerschaft?** ja 🞏 nein 🞏

Wenn ja, in welchem Monat? Monat:………………

**Röntgen:**

Wurden bei Ihnen **zahnärztliche Röntgenaufnahmen** angefertigt? ja 🞏 nein 🞏

Wenn ja, wann?........................................ bei wem? ...........................................................................

**Einnahme von Medikamenten:**

Nehmen Sie Bisphosphonate? ja 🞏 nein 🞏 seit: …………………….

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? ja 🞏 nein 🞏 seit: …………………….

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? ja 🞏 nein 🞏 seit: …………………….

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/ Immunsuppressiva? ja 🞏 nein 🞏 seit: …………………….

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus

durchgeführt? ja 🞏 nein 🞏 Datum:…………………

Welche **Medikamente** nehmen sie regelmäßig bzw. zurzeit? (ggf. Medikamentenliste)

.....................................................................................................................................................................

**Zahnärztliche Anamnese:**  (**Zutreffendes** bitte **ankreuzen**!)

Haben Sie akute **Schmerzen?** ja 🞏 nein 🞏

Beobachten Sie **Zahnlockerungen?** ja 🞏 nein 🞏

Beißen sich **Speisereste zwischen die Zähne?** ja 🞏 nein 🞏

Leiden Sie unter **schlechtem Geschmack im Mund** oder **Mundgeruch?** ja 🞏 nein 🞏

Hatten Sie eine **kieferorthopädische Behandlung?** ja 🞏 nein 🞏 Datum:…………………

Hatten Sie eine **Parodontosebehandlung?** ja 🞏 nein 🞏 Datum:…………………

Hatten Sie einen **Unfall** mit **Verletzungen** des **Kiefers?** ja 🞏 nein 🞏 Datum:…………………

Ist Ihnen oder ihren Angehörigen aufgefallen, dass Sie mit den **Zähnen**

**knirschen?** ja 🞏 nein 🞏

Haben Sie schon einmal bemerkt, dass Sie die **Zähne aufeinander pressen?** ja 🞏 nein 🞏

Haben Sie **Schmerzen im Bereich der Kaumuskulatur** und/oder des Kiefergelenks? ja 🞏 nein 🞏

*Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten*

*zur Verarbeitung im Rahmen der zahnärztlichen Tätigkeit 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.*

**(Ort/Datum*)****…………………………………..,den…..……….….…..* **Unterschrift:***…...…………………………………….*