

Patientenerhebungsbogen (deutsch)

Patientenkontaktdaten	
Familienname:	
Vorname:	
Straße/Hausnummer:	
PLZ/Wohnort:	
Geburtsdatum:	
Versichertenstatus:	
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.

Herz-/Kreislaufkrankungen			
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	
Immunsupprimierte Patienten			
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	
Infektiöse Erkrankungen			
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
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/ Neue Variante der Creutzfeld- Jakob-Krankheit (vCJK):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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:			

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

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:		

Schwangerschaft

Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welchem Monat?	Monat:	

Röntgen

Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann?	Monat/Jahr:	

Einnahme von Medikamenten

Welche Medikamente:	seit:		
Weitere Medikamente:	seit:		
Nehmen Sie Bisphosphonate?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

