

# Patientenerhebungsbogen



Gemeinschaftspraxis  
**Dres. Hoffmann · Dr. Schulz**  
Zahnheilkunde · Kieferorthopädie

Vor- und Nachname des Patienten

Geburtsdatum des Patienten

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

## PRIVAT

Krankenkasse

Telefon

Hausarzt (Anschrift)

Hausarzt (Telefon)

Arbeitgeber

Patientennr.: \_\_\_\_\_  
(Füllt Praxis aus)

Falls Patient und Hauptversicherter nicht dieselbe Person,  
bitte folgende Angaben machen:

Vor- und Nachname des Versicherten

Geburtsdatum des Versicherten

Anschrift des Versicherten

## Gesundheitssituation

### Herz- / Kreislaufkrankungen

Bluthochdruck	ja	nein
Herzklappenfehler	ja	nein
Herzklappenersatz	ja	nein
Herzschrittmacher	ja	nein
Endokarditis	ja	nein
Herzoperation	ja	nein

### Infektiöse Erkrankungen

AIDS	ja	nein
Hepatitis	ja	nein
Tuberkulose	ja	nein

### Allergien / Unverträglichkeiten

Spritzen	ja	nein
Antibiotika	ja	nein
Schmerzmittel	ja	nein

Metalle: \_\_\_\_\_

Anfallsleiden (Epilepsie):	ja	nein
Asthma / Lungenerkrankungen:	ja	nein
Blutgerinnungsstörungen:	ja	nein
Diabetes / Zuckerkrankheit:	ja	nein
Drogenabhängigkeit:	ja	nein
Nierenerkrankungen:	ja	nein
Ohnmacht:	ja	nein
Sonstige Erkrankungen:	ja	nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein Wenn ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_

Existieren von Ihnen Röntgenaufnahmen? ja nein Wenn ja, von wann? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit? ja nein \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

## Wichtige Informationen

Ich verpflichte mich alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen. Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vorher abzusagen. Nicht regelmäßig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden. Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Ort und Datum

Unterschrift Patient