

Krankenkasse

Name, Vorname des Patient, Anschrift \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

Kassen-Nr.                      Versicherten-Nr.                      Status

Vertragszahnarzt-Nr.                      VK gültig bis                      Datum

# Patientenerhebungsbogen



Gemeinschaftspraxis  
**Dres. Hoffmann**  
Zahnheilkunde · Kieferorthopädie

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

**Bitte die obere Box nicht ausfüllen! Diese wird automatisch bei Anmeldung in der Praxis mithilfe Ihrer Gesundheitskarte für Sie ausgefüllt!**

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Hausarzt (Anschrift)

\_\_\_\_\_  
Hausarzt (Telefon)

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

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

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Versicherten

## Gesundheitssituation

**Herz- / Kreislauferkrankungen**

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
Biabetes / Zuckerkrankheit:	ja	nein
Drogenabhängigkeit:	ja	nein
Nierenerkrankungen:	ja	nein
Ohnmacht:	ja	nein
Sonstige Erkrankungen:	ja	nein

Besteht eine Schwangerschaft?	ja	nein
Existieren von Ihnen Röntgenaufnahmen?	ja	nein
Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?	ja	nein

Wenn ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_

Wenn ja, von wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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