



Patientenerhebungsbogen

Name, Vorname des **Patienten**, Anschrift

geb. am: _____
E - Mail: _____

Telefon (privat): _____

(dienstlich): _____

Hausarzt: Name: _____

Anschrift: _____

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.

Herz-/ Kreislaufferkrankungen:

- 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? _____ seit _____

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:

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:

Einverständniserklärung zum Datenschutz

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten, die Befunde meiner Krankengeschichte, inkl. Röntgenbilder, Fotos und deren Kopien oder Ausdrücke zu eventuell benötigten Abklärungen oder Informationen

- mit meinem Hausarzt/ meiner Hausärztin

und im Falle einer notwendigen Überweisung mit

- Mund-Kiefer-Gesichtschirurg(in)/ Oralchirurg(in)
- Kieferorthopäde/ -orthopädin

ausgetauscht werden dürfen.

Datum

Unterschrift

Erklärung über die Lokal- und Leitungsanästhesie

Ich bin damit einverstanden, dass bei mir – falls notwendig – eine Lokal- oder Leitungsanästhesie (örtliche Betäubung) durchgeführt wird. Auch bin ich darüber informiert, dass es hierbei in sehr seltenen Fällen im Unterkiefer und an der Zunge zu Irritationen kommen kann (Taubheitsgefühl, Kribbeln). Die Irritationen klingen jedoch in aller Regel wieder ab.

Vereinzelt können jedoch in höchst seltenen Fällen auch bleibende Sensibilitätsstörungen auftreten. Außerdem kann es durch eine Leitungsanästhesie im Unterkiefer zu einer vorübergehenden Kieferöffnungseinschränkung durch Hämatombildung kommen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlichen Eingriffen **unter örtlicher Betäubung in einzelnen Fällen die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zur Bedienung von Maschinen eingeschränkt sein kann.**

Datum

Unterschrift

ERNEUERUNG DER ANAMNESE

Ich versichere, dass die obenstehenden Angaben korrekt sind. Falls nicht, sind die Änderungen oben angegeben.

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift