

# Patientenerhebungsbogen

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte/r \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon-/ Handynummer \_\_\_\_\_

ggf. Arbeitgeber + Tel.Nr \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse/-versicherung \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert     freiwillig versichert     privat versichert - Basistarif  ja  nein     Zusatzversicherungen

## Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau.

Ihre Angaben werden von uns gegenbenfalls elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Herz-/ Kreislauferkrankung     ja  nein  
Blutgerinnungsstörungen     ja  nein  
Anfallsleiden (Epilepsie)     ja  nein  
Asthma/Lungenerkrankungen     ja  nein  
Ohnmachtsanfälle     ja  nein  
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) od.  
neue Variante (vCJK)     ja  nein  
Diabetes/Zuckerkrankheit     ja  nein  
Lebererkrankung/Hepatitis     ja  nein  
Nierenerkrankungen     ja  nein  
Rheuma/Arthritis     ja  nein  
Schilddrüsenerkrankung     ja  nein  
Tuberkulose     ja  nein  
HIV-Infektion/Stadium AIDS     ja  nein  
Infektionskrankheit (z.B. MRSA)     ja  nein  
Drogenabhängigkeit     ja  nein  
Raucher     ja  nein

Besteht eine **Schwangerschaft**?     ja  nein  
Wenn ja, in welchem Monat?    \_\_\_\_\_ Monat

**Sonstige Erkrankungen:**     ja  nein

## Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen     ja  nein  
Antibiotika     ja  nein  
Schmerzmittel     ja  nein  
Andere: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z.B. Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?     ja  nein

Im Rahmen der Kariesprophylaxe bieten wir die **Fluoridierung** der Zähne an, wünschen Sie diese?     ja  nein

Welche **Medikamente** nehmen Sie **regelmäßig** bzw. **zurzeit**? \_\_\_\_\_

Befinden Sie sich im Moment in **ärztlicher Behandlung**?     ja  nein  
Wenn ja, bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_

## Bitte teilen Sie uns mit, wenn Veränderungen eintreten.

Wir bieten in unserer Praxis ein Recallsystem an in dem Sie an die jährliche Vorsorge erinnert werden. Möchten Sie den Recall in Anspruch nehmen?     ja  nein

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.     ja  nein

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- Mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Physiotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- Mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an weiterbehandelnde Ärzte, Physiotherapeuten, sowie Dentallabore und pathologische Labore, soweit dies zur Befundung und Diagnosestellung erforderlich ist, weitergegeben werden dürfen.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.     ja  nein

Waldkirch, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_