



Patientenerhebungsbogen

Familienname: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____
Herkunftsland/-ort: _____
Sprachkenntnisse: _____

Nur bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter

Familienname: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Kontaktdaten

Telefon-/ Handynummer: _____
E-Mail: _____
Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): _____
Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetchers: _____

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-/ Kreislauferkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankungen	<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
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten (z. B. MRSA)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Raucher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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:

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? ja nein
Wenn ja, wann?

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen? ja nein

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner? ja nein
Wenn ja, bei welchem Arzt?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit? seit

..... seit

..... seit

....., den Unterschrift: