



Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Drs. Christoph und Brigitte Schmidtner

## PATIENTEN-ERHEBUNGSBOGEN

### Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

### Mitglied

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

### Anschrift

PLZ und Ort \_\_\_\_\_ Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ Tel. tagsüber/ Mobilnummer \_\_\_\_\_

### Krankenkasse

gesetzlich \_\_\_\_\_ freiwillig versichert \_\_\_\_\_ privat versichert/Beihilfe \_\_\_\_\_

### Beruf

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Anschrift und Tel. \_\_\_\_\_

Empfohlen von \_\_\_\_\_ Hausarzt \_\_\_\_\_

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Erkrankungen unterschiedlichster Art können die zahnärztliche Behandlung beeinflussen oder erfordern sogar spezielle Maßnahmen. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen möglichst vollständig und genau. Dieser Erhebungsbogen wird Ihrer Patientenkartei beigelegt und unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht, er dient ausschließlich dazu unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an die Rezeption.

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	Ja	Nein	Ergänzende Angaben
Allergie (welche)	[ ]	[ ]	_____
Asthma/Bronchialerkrankung	[ ]	[ ]	_____
Blutgerinnungsstörung	[ ]	[ ]	_____
Diabetes (Zuckerkrankheit)	[ ]	[ ]	_____
Epilepsie (Anfallsleiden)	[ ]	[ ]	_____
Glaukom (erhöhter Augeninnendruck)	[ ]	[ ]	_____
Schilddrüsenerkrankung	[ ]	[ ]	_____
Herz-Kreislauf-Erkrankung (welche)	[ ]	[ ]	_____
-Herzinsuffizienz/schwäche	[ ]	[ ]	_____
-Angina pectoris	[ ]	[ ]	_____
-Herzinfarkt	[ ]	[ ]	_____
-Herzrhythmusstörungen oder Herzschrittmacher	[ ]	[ ]	_____
-Herzklappenerkrankung	[ ]	[ ]	_____
-Erhöhter oder verminderter Blutdruck	[ ]	[ ]	_____
-Durchblutungsstörungen	[ ]	[ ]	_____
Infektionserkrankungen (welche)	[ ]	[ ]	_____
-Hepatitis A, B, oder C (Gelbsucht)	[ ]	[ ]	_____
-AIDS (Immunzellenmangelsyndrom)	[ ]	[ ]	_____

**BITTE WENDEN**



<b>Lebererkrankungen</b>	[	]	[	]	_____
<b>Magen-Darm-Erkrankungen</b>	[	]	[	]	_____
<b>Nierenerkrankungen</b>	[	]	[	]	_____
<b>Tumorerkrankungen (welche)</b>	[	]	[	]	_____
<b>Leiden Sie unter einer hier nicht aufgeführten Erkrankung</b>	[	]	[	]	_____
<b>Frühere Operationen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich</b>	[	]	[	]	_____
<b>Nehmen Sie dauerhaft Medikamente</b>	[	]	[	]	_____
<b>-Blutverdünner (welchen)</b>	[	]	[	]	_____
<b>-Bisphosphonate</b>	[	]	[	]	_____
<b>-andere (welche)</b>	[	]	[	]	_____
<b>Besteht eine Arzneimittelunverträglichkeit</b>	[	]	[	]	_____
<b>Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft</b>	[	]	[	]	_____
<b>Wurden Sie kürzlich geröntgt (wann ungefähr)</b>	[	]	[	]	_____

**Wir versuchen Wartezeiten möglichst gering zu halten. Daher bitten wir dringend, Termine die Sie nicht einhalten können, baldmöglichst, spätestens jedoch 24 Stunden vorher, abzusagen. Bei wiederholtem Nichteinhalten von Terminen behalten wir uns vor, eine Ausfallgebühr von 50.-€ pro angefangene halbe Stunde in Rechnung zu stellen. Wir bitten um Ihr Verständnis.**

**Zur Kenntnis genommen:**

**Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_

**Zur besonderen Beachtung!**

Anästhesiemittel (Injektionen) können Ihre Fahrtüchtigkeit negativ beeinflussen. Bitte stellen Sie sich bei Ihren Behandlungsterminen (vor allem bei längeren Präparationen und Operationen) darauf ein. Vielen Dank!

**Qualitätszahnersatz "made in Germany"!**

Jeder in unserer Praxis eingesetzte Zahnersatz wird von kleinen, zahntechnischen Meisterbetrieben mit größter Sorgfalt und höchstem Anspruch an Qualität und Ästhetik hergestellt. Alle diese Dentallabore befinden sich in unserer Nähe. Sollten Sie ein spezielles Labor bevorzugen kreuzen Sie es bitte in der Liste an. Vielen Dank!

- Dentallabor Günter Schachler, Gilching
- Dentallabor Oliver Förster, Gauting
- Dentallabor Scheuermann, Oberhausen bei Weilheim
- Pearl Dental, Afshin Rostami, München
- Labor Wittmann, München

**Vielen Dank, dass Sie sich für unsere Fragen Zeit genommen haben. Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihr Vertrauen.**

**Ihr Praxisteam Drs. Schmidtner**