



Patienten-Erhebungsbogen

Sie sind heute das erste Mal in unserer Praxis. Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und Ihrem Gesundheitszustand angepasst werden kann, bitten wir Sie um die Beantwortung nachfolgender Fragen. Diese sind für die Durchführung eines umfassenden Behandlungskonzeptes und einer risikofreien Behandlung erforderlich. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte gerne an die Rezeption.

Patient

Herr/Frau/Kind

Name	Vorname	Geburtstag
------	---------	------------

Versicherter (falls
abweichend Patient)

Name	Vorname	Geburtstag
------	---------	------------

Anschrift

Straße	PLZ	Wohnort
--------	-----	---------

Erreichbarkeit

Telefon / Handy / Email

Telefon	Mobil
---------	-------

E-Mail

Versicherungsstatus

Gesetzlich bei	Freiwillig bei	Privat bei
----------------	----------------	------------

☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
---	---	---

Zusatzversicherung?	Beihilfe?	Basistarif?
---------------------	-----------	-------------

Beruf/Arbeitgeber

Wurden Sie an unsere
Praxis überwiesen/
empfohlen?

☐ nein	☐ ja, durch
-------------------------------	------------------------------------

Stehen Sie zurzeit in
ärztlicher Behandlung?

☐ nein	☐ ja, wegen
-------------------------------	------------------------------------

Ihr Hausarzt/Facharzt

Haben Sie Herz-, Kreislauferkrankungen?

- | | | |
|-------------------------------|---|--|
| ☐ nein | ☐ ja, welche? | ☐ Herzrhythmusstörungen |
| | ☐ Herzschwäche (Insuffizienz) | ☐ Hoher Blutdruck |
| | ☐ Herzasthma, Angina pectoris | ☐ Niedriger Blutdruck |
| | ☐ Herzschrittmacher, Herzklappenersatz | ☐ Herzinfarkt, wann _____ |
| | ☐ Sonstiges _____ | |

Haben Sie Stoffwechselerkrankungen?

- | | | |
|-------------------------------|---|---|
| ☐ nein | ☐ ja, welche? | |
| | ☐ Zuckerkrankheit (Diabetes) | ☐ Nierenerkrankung |
| | ☐ Magen-Darm-Erkrankung | ☐ Schilddrüsenerkrankung |
| | ☐ Sonstiges _____ | |

Haben Sie Erkrankungen des Nervensystems?

- | | | |
|-------------------------------|--|----------------------------------|
| ☐ nein | ☐ ja, welche? | |
| | ☐ Epileptoforme Anfälle | ☐ Krämpfe |
| | ☐ Sonstiges _____ | |

Haben Sie Infektionskrankheiten?

- | | | |
|-------------------------------|--|--|
| ☐ nein | ☐ ja, welche? | |
| | ☐ Leberentzündung (Hepatitis A / B / C) | ☐ HIV |
| | ☐ Tuberkulose | ☐ Sonstiges _____ |

Haben Sie Bluterkrankungen?

- | | | |
|-------------------------------|--|--|
| ☐ nein | ☐ ja, welche? | |
| | ☐ Blutgerinnungsstörung | ☐ Sonstiges _____ |

Haben Sie folgende Erkrankungen?

- | | | |
|-------------------------------|--|--|
| ☐ nein | ☐ ja, welche? | |
| | ☐ Anfallsleiden, Schlaganfall | ☐ künstliche Gelenke (wo) _____ |
| | ☐ Rheuma | ☐ grüner Star |
| | ☐ Asthma | ☐ Tumorerkrankung |
| | ☐ Sonstiges _____ | |

Haben Sie Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten?

- | | | |
|-------------------------------|---|--|
| ☐ nein | ☐ ja, gegen welche Stoffe/Medikamente? | ☐ Allergiepass vorhanden? |
|-------------------------------|---|--|
-

Traten nach Spritzen schon mal Nebenwirkungen auf?

- ☐ nein ☐ ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- ☐ nein ☐ ja, welche: _____
_____ (Medikamentenliste vorhanden?)

- ☐ Blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar, Aspirin)

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

- ☐ nein ☐ ja, welche Woche? _____

Wurden Sie kürzlich geröntgt?

- ☐ nein ☐ ja, welche Region? _____

Tragen Sie ein Hörgerät?

- ☐ nein ☐ ja

Schnarchen Sie?

- ☐ nein ☐ ja ☐ unbekannt

Besteht ein ausgeprägter Würgereiz?

- ☐ nein ☐ ja

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?

- ☐ nein ☐ ja ☐ unbekannt

Wurde bei Ihnen schon mal eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?

- ☐ nein ☐ ja

Möchten Sie an einem Recall (regelmäßige Erinnerung an Vorsorge/Zahnreinigung) teilnehmen?

- ☐ ja, per Mail (bitte auf Seite 1 angeben) **Wie häufig?** ☐ 1x jährlich ☐ 2x jährlich

Möchten Sie an Ihre Termine per SMS am Vortag erinnert werden?

- ☐ nein ☐ ja

Falls Kosten entstehen wünsche ich die Rechnung unverschlüsselt per E-Mail?

- ☐ nein ☐ ja

Haben Sie Implantate / Implantatpass?

- ☐ nein ☐ ja

Liegt bereits eine Pflegestufe vor?

- ☐ nein ☐ ja, welche _____

Ich bin mit der Weiterleitung meiner Befund- und Bilddaten an weiterbehandelnde Zahnärzte einverstanden (z.B. Kieferorthopäden, Kieferchirurgen)

☐ nein ☐ ja

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

Datenschutz:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich den im Wartezimmer der Praxis öffentlich ausliegenden Teil zum Thema Datenschutz nach der DGSVO gelesen habe, und mit diesem einverstanden bin.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen der Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

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

Datum _____ Unterschrift _____

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 der Nähe. Sollten Sie ein spezielles Labor bevorzugen kreuzen Sie es bitte in der Liste an.

- ☐ Dentallabor Oliver Förster, Gauting
- ☐ Dentallabor Günter Schachler, Gilching
- ☐ Dentallabor Anita Schollerer, München-Freiham
- ☐ Pearl Dental Afshin Rostami, München