

Patientenerhebungsbogen

mobiler Dienst

Seite 1 von 2



Dr. Schacht
Zahnmedizin
Medizinisches
Versorgungszentrum

Patientendaten :

Name, Vorname geb. am:

Name Pflegeeinrichtung:

Station: Zimmer:

Straße: PLZ, Ort:

Telefon: Fax:

Zahnärztliches Anliegen: Kontrolle Beratung Prophylaxe Zahnschmerzen Zahnfleischproblem
 Sonstiges:

Krankenkasse: gesetzlich versichert privat versichert
 Privat standardversichert Freiwillig versichert zuschussberechtigt beihilfeberechtigt

Pflegegrad (bitte in Kopie beilegen): nein Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5

Mundpflege: selbstständig teilw. selbstständig pflegegestützt

Mobilität: mobil mobil mit Rollator mobil mit Rollstuhl bettlägerig

Kommunikation: normal eingeschränkt unmöglich

Hausarzt:

Name: Telefon:

Straße: PLZ, Ort:

Telefon: Fax:

Betreuerdaten: Gesundheitsfürsorge (Ausweis beifügen) Vorsorgevollmacht (Nachweis beifügen)

Name, Vorname

Straße: PLZ, Ort:

Telefon: Fax:

Mobil: Email:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau um uns bestens auf Sie und Ihre Bedürfnisse vorbereiten zu können. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Haben Sie Zahnersatz? nein feststehend (z.B. Krone, Brücke)
 herausnehmbar (z.B. Voll-, Teilprothese) künstliche Zahnwurzeln (Implantate)

Waren Sie in den letzten 2 Jahren in zahnärztlicher Behandlung? nein

ja, am:

Bei:

Sind bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? nein

ja, am:

Bei:

Patientenerhebungsbogen

mobiler Dienst

Seite 2 von 2



Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Raucher	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Osteoporoseerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Mukoviszidose-Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hochgradige Neutropenie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Organtransplantiert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Stammzellentransplantiert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Demenz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sonstige Erkrankungen: Falls ja, welche?:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Herz-/ Kreislaufferkrankungen:

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Herzoperation	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		Endokarditis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Infektionskrankheiten (z. B. MRSA)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) oder neue Variante (vCJK)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Antibiotika	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Eiweiß, Soja oder Nuss	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Metalle:	

Sind Sie schwanger? nein ja Wenn ja, in welchem Monat? Monat

Nehmen Sie zurzeit oder regelmäßig Medikamente ein? nein ja (Medikamentenplan bitte beifügen)

Nehmen Sie Bisphosphonate? nein ja, seit

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? nein ja, seit

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? nein ja, seit

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva? nein ja, seit

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? nein ja, am:

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

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.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahn-arzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunftfei eingeholt wird.

....., den Unterschrift: