Dr. med. dent. Viktor BOCHEV MPH und das Praxisteam

Patientenerhebungsbogen

Praxis Dr. Bochev
Laufer Straße 8
77833 Ottersweier

Name, Vorname des **Patienten:** geb. am:

Anschrift: Krankenkasse:

Pflegegrad □ ja Grad __ □ nein

Eingliederungshilfe §99 □ ja □ nein

Telefon (privat): (dienstlich): E-Mail:

Zahnzusatzversicherung □ ja □ nein

Hausarzt:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihren Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/Kreislauferkrankungen:

Hoher Blutdruck	□ ja	□ nein
Niedriger Blutdruck	□ ja	□ nein
Herzklappenfehler	□ ja	□ nein
Herzklappenersatz	□ ja	□ nein
Herzschrittmacher	□ ja	□ nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS	□ ja	□ nein
Lebererkrankung/Hepatitis	□ ja	□ nein
Tuberkulose	□ ja	□ nein
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	□ ja	□ nein
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/	□ ja	□ nein
Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK)	□ ja	□ nein

Sonstiges:

Hochgradige Neutropenie	□ ja	□ nein
Mukoviszidose-Erkrankung	□ ja	□ nein
Organtransplantiert	□ ja	□ nein
Stammzellentransplantiert	□ ja	□ nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	□ ja	□ nein
Asthma/Lungenkrankheit	□ ja	□ nein
Blutgerinnungsstörung	□ ja	□ nein
Diabetes/Zuckerkrankheit	□ ja	□ nein
Augenerkrankungen (z.B. grauer Star, grüner Star, Glaukom)?	□ ja	□ nein

Drogenabhängigkeit	□ ja	□ nein
Nervenerkrankung	□ ja	□ nein
Nierenerkrankung	□ ja	□ nein
Ohnmachtsanfälle	□ ja	□ nein
Osteoporoseerkrankung	□ ja	□ nein
Raucher	□ ja	□ nein
Rheuma/Arthritis	□ ja	□ nein
Schilddrüsenerkrankung	□ ja	□ nein
Sonstige Erkrankungen	□ ja	□ nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen	□ ja	□ nein
Antibiotika	□ ja	□ nein
Metalle	□ ja	□ nein

Andere……

Besteht eine Schwangerschaft □ ja □ nein

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus Durchgeführt? □ ja □ nein

Medikamente

Nehmen Sie Bisphosphonate?	□ ja	□ nein
Stehen Sie in medik. Chemotherapie?	□ ja	□ nein
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	□ ja	□ nein
Nehmen Sie hochdosierte Steroide/ Immunsuppressiva?	□ ja	□ nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelm. bzw. zur Zeit?
……..
……..

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

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Verarbeitung zur Erfüllung der vertraglichen Verpflichtung einverstanden. □ ja □ nein

Ich erkläre mich mit der Aufnahme in das Bonus-Erinnerungs- / Recall-System einverstanden. □ ja □ nein

Ich bin mit der Einsichtnahme weiterbehandelnder Zahnärzte in meine Patientenakte einverstanden. □ ja □ nein

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 h vorher abzusagen.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen / zahntechnischen Leistungen, für die zur Erfüllung eine finanzielle Vorleistung erforderlich ist, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder eine Auskunftei eingeholt wird.

……, den …… Unterschrift……..