



# Erhebungsbogen Erwachsene

Patientenerhebungsbogen für Erwachsene  
Praxis für Zahnmedizin und Oralchirurgie André Chenillet

Name, Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Versicherte/-r	_____	Geburtsdatum	_____
Anschrift	_____		
Telefon	_____	Mobil	_____
E-Mail	_____		
Beruf / Arbeitgeber	_____		
Krankenkasse	_____		

Private Zusatzversicherung  ja  nein

Möchten Sie in unseren Recall aufgenommen werden?  
(Terminreminder per SMS)  ja  nein  
 ¼-jährlich  ½-jährlich

Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Krankheiten? Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen.

Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergien (Asthma)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anfallsleiden, z. B. Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Asthma / Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Magen- / Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung / Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Immunschwäche AIDS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzkrankungen / -operationen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Bitte beachten Sie unsere Rückseite.



Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_

Nehmen Sie irgendwelche Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Vertragen Sie irgendwelche Medikamente nicht?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert mit.

### Bitte beachten:

Eine Absage sollte nur in dringenden Fällen erfolgen, spätestens jedoch 24 Stunden vor der Behandlung. Wird der Termin jedoch nicht abgesagt oder nicht eingehalten, müssen wir Ihnen eine **Kostenpauschale von 40 € / halbe Stunde** privat in Rechnung stellen.

Örtliche Betäubung hat zur Folge, dass Sie eine Stunde nicht und 24 Stunden nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte Berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Vertreter / -in \_\_\_\_\_

### Datenschutzrechtliche Einwilligung:

Ich, \_\_\_\_\_, stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_