

Zahnarztpraxis Dr. Susann Kramß-Koloßä

Mainzer Str. 35

99089 Erfurt

Tel. 0361/5559361

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Beruf/Tätigkeit _____

Telefonnummer _____ Hausarzt _____


Patienten-Erhebungsbogen für die zahnärztliche Behandlung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

viele Erkrankungen können Auswirkung auf die zahnärztliche Behandlung haben. Um für Sie geeignete Medikamente und Verfahren auswählen zu können, bitte wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen. Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung haben, helfen wir Ihnen gerne. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

	ja	nein
1. Allergie (z.B. Metalle, Latex, Kunststoffe) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Atemwegerkrankung (z.B. Asthma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Erkrankung blutbildender Organe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Hauterkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Herz-Kreislauf-Erkrankungen		
8.1 Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.2 Koronare Herzkrankheit / Angina Pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.3 Herzrhythmusstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.4 Angeborene oder erworbene Herzfehler (z. B. Herzklappenfehler)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.5 Herzinfarkt oder Schlaganfall, wann? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.6 Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.7 erhöhter Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.8 verminderter Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.9 Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.10 Haben Sie eine künstliche Herzklappe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.11 Haben Sie einen Herzpass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.12 Hatten Sie eine Herzoperation? Wann? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte wenden 

	ja	nein
9. Infektionserkrankung (z. B. Hepatitis, HIV/AIDS, Tuberkulose)	O	O
10. Lebererkrankung	O	O
11. Magen-Darm-Erkrankung	O	O
12. Nervenerkrankung	O	O
13. Nierenerkrankung	O	O
14. Osteoporose	O	O
15. Rheuma / rheumatisches Fieber	O	O
16. Schilddrüsenerkrankung	O	O
17. Tumorerkrankung, Wo? _____ Wann? _____	O	O
18. Bestehen z. Zt. sonstige Erkrankungen? Welche? _____	O	O
19. Haben Sie ein künstliches Gelenk? (z. B. Hüfte, Knie)	O	O
20. Hatten Sie eine Organtransplantation?	O	O
21. Hatten Sie eine Operation im Kopf-Hals-Bereich? Wann? _____	O	O
22. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? (Antibiotika, Mittel zur örtlichen Betäubung)? Welche? _____	O	O
23. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen?	O	O
24. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? _____		
<hr/>		
25. Sind Sie Raucher?	O	O
26. Für Patientinnen: Sind Sie Schwanger?	O	O
27. kostenloses Recall-Wiederbestellsystem: Dürfen wir Sie an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnern?	O	O
28. Haben Sie eine Zahn-Zusatzversicherung?	O	O

Bitte beachten! Die örtliche Betäubung hat zur Folge, dass Sie anschließend 1h nicht und 24h eingeschränkt fahrtauglich sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungstermin.

Da wir eine reine Bestellpraxis sind, und wir uns für jeden einzelnen Patienten die Zeit freihalten, bitten wir Sie, die vereinbarten Termine einzuhalten, um längere Wartezeiten zu vermeiden.

Für den Fall des Ausbleibens des vereinbarten Behandlungstermins, welcher nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wurde, behalten wir uns eine Ausfallgebühr vor.

Datum :

Unterschrift: