



Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis **Prinz**

Dr.med.dent. Alexander Prinz | Dr.med.dent. Michael Prinz

Patientenerhebungsbogen

Name (Patient): Vorname:geb.:

Straße: PLZ/Ort:

Tel.Nr.: oder (Arbeitsstelle)

Krankenkasse:

Ist der Patient bei einem Hauptversicherten mitversichert? Dann bitte folgende Angaben:

Name (Hauptversicherter): Vorname: geb:

Straße: PLZ/Ort:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau.

Gegebenenfalls ankreuzen, unterstreichen und ergänzen.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

- Herz-/ Kreislaferkrankungen: Bluthochdruck, Herzklappenprobleme, Herzschrittmacher, _____
- Infektiöse Erkrankungen: Hepatitis, Tuberkulose, AIDS (HIV), _____
- Allergien bzw. Unverträglichkeiten: Lokalanästhesie-Spritzen, Schmerzmittel, Antibiotika, Metalle, _____
- Bluterkrankungen: Blutgerinnungsstörungen _____
- Lungenerkrankungen: Asthma _____
- Stoffwechselerkrankungen: Diabetes (Zuckerkrankheit) _____
- Ohnmachts- oder Krampfanfälle _____
- Autoimmunerkrankungen: Rheuma _____
- Suchtprobleme: Drogenabhängigkeit _____
- andere Erkrankungen _____
- nehmen Sie regelmäßig Medikamente: ASS, Marcumar, Bisphosphonate, _____
- besteht eine Schwangerschaft? welcher Monat _____
- zahnärztliche Röntgenaufnahmen vorhanden: von wann? _____

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen. Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vorher abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden. Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Markdorf, den

Unterschrift:.....