Zahnarztpraxis
Busch

Patienten-Erhebungsbogen

Die folgenden Angaben benötigen wir, um Sie risikofrei behandeln zu können.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Nachname | Vorname | Geburtsdatum

PLZ | Wohnort | Straße und Hausnummer

Telefon | Mobiltelefon | E-Mail

Hausarzt (Name, Adresse)

Sind Sie krankenversichert? ja nein

Privat krankenversichert bei: ☐ Basistarif ?

Gesetzlich krankenversichert bei: | Zahnzusatzversicherung bei:

Bei Familienversicherung: Mitglied der Krankenkasse, wenn abweichend vom Patienten

Nachname des Mitgieds | Vorname | Geburtsdatum

Bitte gehen Sie die folgende Aufstellung durch und kreuzen Sie zutreffendes an bzw. ergänzen Sie um weitere Angaben:

- ☐ Krankenhauskeime (MSRA o.ä)?
- ☐ Bluter?
- ☐ Häufiger Kopfschmerz?
- ☐ Schlaganfall? ☐ Herzpass?
- ☐ Blutdruck zu hoch? ☐ Blutdruck zu niedrig?
- ☐ Herzerkrankung ? *Welche?*
- ☐ Lungenkrankung? *Welche?*
- ☐ Krebserkrankung? *Welche?*
- ☐ Nierenerkrankung?
- ☐ Lebererkrankung?
- ☐ Osteoporose (Knochenabbau)?
- ☐ Diabetes (Zuckerkrankheit)?
- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ Magen- / Darmerkrankung, Sodbrennen *Welche?*
- ☐ Nervenerkrankung (Epilepsie, Parkinson, MS)? *Welche?*
- ☐ Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis, ...? *Welche?*

Zahnarztpraxis N.Busch
90768 Fürth-Burgfarrnbach, Bernbacher Str. 2
Tel.: 0911 7540505
E-Mail: info@zahnaerztin-burgfarrnbach.de
zahnaerztin-burgfarrnbach.de

Zahnarztpraxis
Busch

Letzte Röntgenuntersuchung

Monat.Jahr

Benötigen Sie eine Antibiotika-Prophylaxe vor zahnärztilchen Eingriffen? ◯ ja ◯ nein

Folgende Allergien oder Medikamenunverträglichkeiten sind bei mir bekannt:

---
z. B. Penicillin, Latex etc.

☐ Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung? *Welche?*

ASS/Aspirin, Marcumar/Falithrom, Plavix/Iscover, Xarelto/Rivaroxaban, Eliquis/Apixaban, Andere?

☐ Nehmen Sie Präparate zum Knochenschutz ein? *Welche?*

Biphosphonate, Denosumab oder andere

☐ Nehmen Sie regelmäßig sonstige Medikamente ein? *Welche?*

Falls vorhanden, stellen Sie uns bitte einen aktuellen Medikamentenplan zur Verfügung?

☐ Rauchen Sie?

☐ Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?

Für Frauen: Könnten Sie schwanger sein? ◯ ja ◯ nein

Von Kassenpatienten benötigen wir die Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch unserer Praxis. Liegt uns die Karte 10 Tage nach der Behandlung noch nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatienten.
Sie erhalten dann eine Rechnung nach GOZ.

Die Angaben in diesem Patienten-Erhebungsbogen erfolgten nach bestem Wissen

---
Datum

Unterschrift Patient/in

ACHTUNG!
Medikamente oder auch Betäubungsspritzen können Ihre Reaktionsfähigkeit beeinträchtigen.
Sie dürfen erst nach einer ausreichend langen Wartezeit wieder gefährliche Maschinen bedienen oder aktiv im Straßenverkehr teilnehmen!

Beachten Sie dies bitte bereits bei der Wahl Ihres Verkehrsmittel auf dem Weg zur Behandlung.

Zahnarztpraxis N.Busch
90768 Fürth-Burgfarrnbach, Bernbacher Str. 2
Tel.: 0911 7540505
E-Mail: info@zahnaerztin-burgfarrnbach.de
zahnaerztin-burgfarrnbach.de