



Patientenerhebungsbogen

Familienname: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____
 Herkunftsland/-ort: _____
 Sprachkenntnisse: _____

Nur bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter

Familienname: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Kontaktdaten

Telefon-/ Handynummer: _____
 E-Mail: _____
 Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): _____
 Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetchers _____

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

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herz-/ Kreislaufkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma/Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes/Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lebererkrankung/Hepatitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma/Arthritis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Drogenabhängigkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Raucher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
 Wenn ja, in welchem Monat?Monat

Sonstige Erkrankungen: ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:
 Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
 Antibiotika ja nein
 Schmerzmittel ja nein
 Andere:

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

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen? ja nein

Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner? ja nein
 Wenn ja, bei welchem Arzt?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit? seit.....
 seit.....
 seit.....

....., den Unterschrift: