



Patientenerhebungsbogen	
<b>Patientenkontaktdaten</b>	
Familienname	
Vorname	
Straße/Hausnummer	
PLZ/Wohnort	
Geburtsdatum	
Versichertenstatus	
<b>Die drei nachfolgenden Angaben sind freiwillig</b>	
Telefonnummer (privat)	
Telefonnummer (mobil)	
E-Mail	

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand.**

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

Herz-/Kreislaufkrankungen			
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzoperation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Immunsuppression			
Hochgradige Neutropenie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Mukoviszidose-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Organtransplantation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Stammzellentransplantation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Infektiöse Erkrankungen			
HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
MRSA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK) / Neue Variante der Creutzfeld-Ja- kob-Krankheit (vCJK)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

<b>Sonstige Krankheitsbilder</b>			
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Osteoporose Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Raucher	<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	
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Allergien bzw. Unverträglichkeiten</b>			
Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Metalle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	welche:
<b>Schwangerschaft</b>			
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, in welchem Monat?			Monat:
<b>Röntgen</b>			
Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, wann?			Monat/Jahr:
<b>Einnahme von Medikamenten</b>			
Welche Medikamente	seit:		
Weitere Medikamente	seit:		
Nehmen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit:
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit:
Stehen sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit:
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit:
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Datum:

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
 (Ort) (Datum)