

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/Dolmeters: _____

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 | Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, in welchem Monat? |Monat | |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Sonstige Erkrankungen: | <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 | Allergien bzw. Unverträglichkeiten: | | |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Lokalanästhesie/Spritzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Antibiotika | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Drogenabhängigkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Andere: | | |
| Raucher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | | |

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: