

Oralchirurgie am Hofgarten

Patientenerhebungsbogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir benötigen neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihre Versicherungsdetails.

Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

Persönliches

Name / Vorname _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____
Telefon privat _____ Telefon mobil _____
Telefon beruflich _____ E-Mail _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____
Krankenkasse / Krankenversicherung _____

Gesetzlich versichert ☐ ja Basistarif der PKV ☐ ja Beihilfeberechtigt ☐ ja
Privat versichert ☐ ja Zusatzversicherung ☐ ja

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Telefon _____
Adresse _____

Sind in den letzten eineinhalb Jahren Röntgenbilder angefertigt worden? Bei welchem Kollegen dürfen wir diese anfordern?

In eigener Sache – Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ Von Bekannten empfohlen.
Name des/der Bekannten: _____ | ☐ Google |
| ☐ Überweisung von _____ | ☐ Social Media |
| ☐ Praxisschild | ☐ GoDentis |

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Korrespondenz mit der Praxis im Regelfall per E-Mail geführt wird (bitte darauf achten, dass eine E-Mail-Adresse oben bei den persönlichen Informationen hinterlegt ist).

Unser Ziel ist es, Sie pünktlich zum vereinbarten Termin zu behandeln. Bitte helfen auch Sie uns dabei, die individuell auf Sie abgestimmten Termine einhalten zu können und teilen uns bitte rechtzeitig eventuelle Änderungen mit.

Termine, die nicht mindestens 48 Stunden vorher abgesagt werden, müssen wir Ihnen leider in Rechnung stellen.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte wenden!

kompetent



hochwertig



persönlich



Oralchirurgie am Hofgarten

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über die durchzuführende Therapie unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- | | |
|-------------------------------|---|
| Herzens oder Kreislaufs | ☐ ja ☐ nein |
| Leber | ☐ ja ☐ nein |
| Nieren | ☐ ja ☐ nein |
| Schilddrüse | ☐ ja ☐ nein |
| Magen-Darm-Traktes | ☐ ja ☐ nein |
| Gelenke (Rheuma) | ☐ ja ☐ nein |
| Wirbelsäule | ☐ ja ☐ nein |
| Haben Sie künstliche Gelenke? | ☐ ja ☐ nein |

Haben oder hatten Sie ...

- | | |
|------------------------|--|
| Hohen Blutdruck | ☐ ja ☐ nein |
| Niedrigen Blutdruck | ☐ ja ☐ nein |
| Diabetes | ☐ ja ☐ nein |
| Zahnfleischbluten | ☐ ja ☐ nein |
| Ohrensausen / Tinnitus | ☐ ja ☐ nein |
| Epilepsie | ☐ ja ☐ nein |
| Grünen Star | ☐ ja ☐ nein |
| Tuberkulose | ☐ ja ☐ nein |
| HIV (Aids) | ☐ ja ☐ nein |
| Hepatitis | ☐ ja ☐ nein |
| Wenn ja, welcher Typ? | ☐ A ☐ B ☐ C |
| Allergien | ☐ ja ☐ nein |

Wenn ja, welche?

- ☐ Metalle, und zwar _____
- ☐ Schmerzmedikamente _____
- ☐ Betäubungsmittel _____
- ☐ weitere _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Schnarchen Sie? ☐ ja ☐ nein

Zu Ihrem Herzen – Haben oder hatten Sie ...

- | | |
|----------------------------|---|
| Angina Pectoris | ☐ ja ☐ nein |
| einen Herzschrittmacher | ☐ ja ☐ nein |
| einen Herzinfarkt | ☐ ja ☐ nein |
| eine künstliche Herzklappe | ☐ ja ☐ nein |
| eine Herzklappenentzündung | ☐ ja ☐ nein |

Medikamente – Nehmen Sie ...

- | | |
|-----------------------------|---|
| Herzmedikamente | ☐ ja ☐ nein |
| Cortison (Kortikoide) | ☐ ja ☐ nein |
| Schmerzmittel | ☐ ja ☐ nein |
| Antidepressiva | ☐ ja ☐ nein |
| blutverdünnende Medikamente | ☐ ja ☐ nein |

Wenn ja, welche Medikamente?

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ Marcumar | ☐ Pradaxa |
| ☐ ASS | ☐ Xarelto |
| ☐ Plavix | ☐ Eliguis |
| ☐ Isover | |
| ☐ andere: | _____ |

- | | |
|--|---|
| Bisphosphonate | ☐ ja ☐ nein |
| ☐ als Tabletten | ☐ als Infusion |
| andere Medikamente | ☐ ja ☐ nein |

Wenn ja, welche?

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist.

Bitte teilen Sie uns unaufgefordert eventuelle Änderungen Ihrer Erkrankungen und einzunehmender Medikamente mit.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte wenden!

kompetent



hochwertig



persönlich

