



Patientenerhebungsbogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir freuen uns über das Vertrauen, das Sie uns entgegenbringen, und möchten Sie mit der bestmöglichen Vorsorge und zahnmedizinischen Sorgfalt behandeln. Um dies gewährleisten zu können, bitten wir Sie über die Angabe Ihrer Personalien hinaus auch um Informationen über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz! Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten entstehen, fragen Sie unser Personal.

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Titel	
Familienname		Vorname	Geburtsdatum
Vers. Mitglied Familienname		Vorname	Geburtsdatum
Straße / Hausnummer		Telefon privat	
Postleitzahl, Ort		Handy	
Name der Krankenkasse		E-Mail	
Beruf			
Arbeitgeber (freiwillig)		Telefon Arbeitsplatz (freiwillig)	

Ich möchte an die halbjährliche Kontrolluntersuchung erinnert werden. Ja Nein

Ich versichere die oben ausgefüllten Personalien ordnungsgemäß angegeben zu haben.

Die privat zu berechnenden Leistungen werden jeweils zum Behandlungsende bzw. zum Monatsende in Rechnung gestellt.

Zu statistischen Zwecken möchten wir erfahren, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind.

Familie / Bekannte Internet Presse, welche? _____

Überweisung, durch wen? _____

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit in Höhe 100€ gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, das ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Hiermit erkläre ich mich als Patient einverstanden, mit der Übermittlung von Schriftverkehr durch E-Mail über das Internet oder per SMS durch die Cendenta an mich bzw. an uns und Dritte. Die Erlaubnis wird aus Gründen der Vereinfachung und Beschleunigung unter Kenntnis der Risiken des Kommunikationsweges erteilt, ungeachtet, dass möglicherweise Beeinträchtigungen erfolgen können und Verschwiegenheitsverpflichtungen beeinträchtigt sein könnten.

Hiermit bestätige ich, soweit ich eine Fax-Nummer mitgeteilt habe, dass nur ich oder von mir beauftragte Personen Zugriff zu diesem Faxgerät bzw. Telefaxanschluss haben und ich meine Fax-Eingänge regelmäßig überprüfe.

Ich erkläre mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass mir die Cendenta ohne Einschränkung über meine E-Mail-Adresse, per Telefax oder per SMS Informationen zusendet.

Der Patient wird hiermit darüber informiert, dass der Cendenta anvertraute Daten des Kunden im gesetzlichen und im Rahmen des Auftrages mit Datenverarbeitungsanlagen erfasst, gespeichert und verarbeitet werden. Ich erkläre mit meiner Unterschrift mein Einverständnis und habe zudem die Patienteninformation zum Datenschutz erhalten.

Datum	Unterschrift
-------	--------------



Allergien

Ja Nein

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Ja Nein

Medikamentenallergie (z.B.: Penicillin, Jod)?

Bestehen Allergien/Unverträglichkeiten gegenüber Materialien (z.B.: Latex, Metalle)?

Kreislaufkrankungen

Blutdruck

niedrig normal hoch

Herzerkrankungen

Wenn ja, welche Herzerkrankungen?

Herzrhythmusstörungen

Ja Nein

Herzklappe

Ja Nein

Besitzen Sie einen Herzpass?

Ja Nein

Schlaganfall

Wann?

Ja Nein

Herzinfarkt

Wann?

Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Ja Nein

Schilddrüsenfunktionsstörungen

Ja Nein

Bluterkrankungen

Thrombose

Ja Nein

Leukämie

Ja Nein

Blutgerinnungsstörungen

Ja Nein

Infektionskrankheiten

Tuberkulose

Ja Nein

HIV/AIDS

Ja Nein

Hepatitis (Wenn ja, welche:)

Leiden Sie unter:

Asthma

Ja Nein

Epilepsie

Ja Nein

Osteoporose

Ja Nein

Schmerzen/Geräusche im Kiefergelenk (z.B. b. Kauen)

Ja Nein

Zahnfleischbluten / Zahnfleischrückgang

Ja Nein

Schmerzen im Kopf-, Nacken- und Halsbereich

Ja Nein

Leiden/litten Sie an einer bösartigen Erkrankung

(Krebs)

Ja Nein

Bekommen oder bekamen Sie eine

Bestrahlung, Chemotherapie

Ja Nein

Haben Sie ein Glaukom?

(Grüner Star)

Ja Nein

Haben Sie Magen-Darm-Erkrankungen?

z.B. Colitis ulcerosa/Morbus Crohn

Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B.: Blutdruckmedikamente; Herzmedikamente, ASS, Marcumar o.ä.)? Wenn ja, welche?

Bekommen oder bekamen Sie Medikamente (Tabletten/Infusionen/Spritzen) zum Knochenaufbau z.B. Osteoporose, Knochenmetastasen oder Morbus Paget? Wenn ja, seit wann? Welche Präparate (z.B. Alendronat, Bonviva, XGEVA, Zoledronat)?

Haben Sie andere hier nicht erwähnte Erkrankungen oder Behinderungen? Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel/Tag?

Wann wurden Sie zuletzt im Kieferbereich geröntgt?

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja (Woche) Nein Ungewiss

Sind Sie mit der Stellung/Farbe/Form Ihrer Zähne, kurz mit Ihrem Lächeln zufrieden?

Ja Nein

Besteht Interesse an Bleaching/Zahnaufhellung?

Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Änderungen ergeben haben.

Datum

Unterschrift

Um Ihre Wartezeit bei uns zu verkürzen, bringen Sie den Anamnesebogen ausgefüllt bei Ihrem ersten Termin mit.