

Dr. med. dent. Ursula Meyer  
Zahnärztin  
Alter Markt 12  
53879 Euskirchen



## Patienten- Erhebungsbogen für die zahnärztliche Behandlung

Name: \_\_\_\_\_

viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Geboren am: \_\_\_\_\_ Telefon Privat: \_\_\_\_\_ Telefon Geschäftlich: \_\_\_\_\_

Aktuelle Adresse: \_\_\_\_\_

Bonusheft Ja / Nein, wenn ja seit wann einmal jährlich \_\_\_\_\_ (Jahr)

Beruf & Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Telefon Hausarzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

- ( ja ) ( nein ) Private Krankenkasse  
( ja ) ( nein ) Private Krankenkasse Basistarif

### Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:

- ( ja ) ( nein ) Leiden Sie an Zahnfleischbluten?  
( ja ) ( nein ) Haben Sie zu hohen Blutdruck?  
( ja ) ( nein ) Haben Sie niedrigen Blutdruck?  
( ja ) ( nein ) Wenn ja, ist der Blutdruck über Tabletten eingestellt?

### Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?

- ( ja ) ( nein ) Angeborene / erworbene Herzfehler  
( ja ) ( nein ) Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen  
( ja ) ( nein ) Herzoperationen  
( ja ) ( nein ) Haben Sie einen Herzschrittmacher?  
( ja ) ( nein ) Haben Sie einen Herzpaß?  
ausgestellt von:.....  
( ja ) ( nein ) Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe?  
( ja ) ( nein ) Sonstiges:.....

### Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?

- ( ja ) ( nein ) Zuckerkrankheit / Diabetes  
Wenn ja, sind Sie Tabletten oder Insulinpflichtig?.....  
( ja ) ( nein ) Erkrankungen des Blutes, z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen  
( ja ) ( nein ) Allergien  
Wenn ja, welche Allergien z.B. Heuschnupfen:.....  
( ja ) ( nein ) Haben Sie einen Allergiepaß?  
ausgestellt von:.....  
( ja ) ( nein ) Schilddrüsenerkrankung  
( ja ) ( nein ) Asthma / Lungenerkrankung  
( ja ) ( nein ) Nervenerkrankung / Psyche  
( ja ) ( nein ) Rheuma / rheumatisches Fieber  
( ja ) ( nein ) Nierenerkrankung  
( ja ) ( nein ) Lebererkrankung / Gelbsucht / Hepatitis  
( ja ) ( nein ) Anfallsleiden, z.B. Epilepsie

- ( ja ) ( nein ) Magen- Darmerkrankung
- ( ja ) ( nein ) HIV / Immunschwäche / Aids

**Sonstige medizinisch wichtige Informationen:**

- ( ja ) ( nein ) Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen?
- ( ja ) ( nein ) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?  
Wenn ja, welche:.....
- ( ja ) ( nein ) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche:.....
- ( ja ) ( nein ) Bestehen Augen-Erkrankungen?  
Wenn ja, welche:.....
- ( ja ) ( nein ) Haben oder hatten Sie eine Suchterkrankung (Alkohol, Drogen o.ä.)?  
Wenn ja, welche:.....
- ( ja ) ( nein ) Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?  
Wenn ja, welche:.....
- ( ja ) ( nein ) Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?  
Wenn ja, welche:.....
- ( ja ) ( nein ) Sind Sie z.Zt. schwanger?  
Wenn Ja, in welcher Woche?.....
- ( ja ) ( nein ) Sind Sie Raucher?  
Wenn ja, wieviele: .....
- ( ja ) ( nein ) Bestehen körperliche / geistige Behinderungen / Syndrome?  
Wenn ja, welche:.....
- ( ja ) ( nein ) Besteht eine gesetzliche Betreuung für Gesundheitsfragen?  
Wenn ja, wer ist der Betreuer:.....
- ( ja ) ( nein ) Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?  
Datum / Ungefähr: .....
- ( ja ) ( nein ) Wenn ja, welches Körperregion?.....
- ( ja ) ( nein ) Wünschen Sie einen Erinnerungsservice zur Vorsorgeuntersuchung alle 6 Monate

**Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen**

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

**Hinweis zur Terminvereinbarung**

Bei unserer Praxis handelt es sich um eine reine Bestellpraxis. Bitte melden Sie sich daher spätestens am Vortag ab, wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten können. Andernfalls berechnen wir pauschal 70,-€ (kurzfristige Verhinderung bitten wir durch Attest nachzuweisen). Wir weisen darauf hin, dass gemäß Rechtssprechung nicht eingehaltene Termine (dadurch verursachte Ausfallzeiten) kostenpflichtig sind, es sei denn, das Nichterscheinen ist nachweislich unverschuldet (Vergütung bei Annahmeverzug, §§ 304, 615 BGB und §§ 611, 615 Satz 1 BGB). Dieser Hinweis bezieht sich sowohl auf Kassen- als auch Privatpatienten!

**DSGVO (Datenschutz)**

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformationen zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) wurde mir ausgehändigt.

Euskirchen, den ..... Unterschrift .....