



ZAHNMEDIZIN

— AM KÜSTENKANAL —

INNOVATIVE ZAHNMEDIZIN • PERSÖNLICHER SERVICE

Schulstraße 2, 26903 Surwold 

+49 160 3864775 

Info@zahnmedizin-kuestenkanal.de 

www.zahnmedizin-kuestenkanal.de 

Patientenerhebungsbogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem **Gesundheitszustand** möglichst genau. Die Angaben unterliegen der ärztlichen **Schweigepflicht**, sowie den Bestimmungen des **Datenschutzes** und werden streng vertraulich behandelt.

Name _____ Vorname(n) _____
Geburtsdatum _____
Anschrift _____
Telefon privat _____ Telefon mobil _____
E-Mail-Adresse _____
Hausarzt _____ Beruf _____
Vorheriger Zahnarzt _____
Wie sind Sie versichert? _____
Wer ist der / die Versicherte? (falls abweichend von den obigen Angaben) _____
Besitzen Sie eine Zahnzusatzversicherung? _____

Bestehen oder bestanden **Erkrankungen** an den folgenden Organen / Systemen?

Herz-Kreislaufsystem	Ja ☐	Nein ☐	
Blutdruck	Niedrig ☐	Normal ☐	Hoch ☐
Herzklappenfehler	Ja ☐	Nein ☐	
Herzklappenersatz	Ja ☐	Nein ☐	Wenn ja, seit wann? _____
Herzschritmacher	Ja ☐	Nein ☐	Wenn ja, seit wann? _____
Endokarditis	Ja ☐	Nein ☐	
Herzoperation	Ja ☐	Nein ☐	Wenn ja, in welchem Jahr? _____
Herzinfarkt	Ja ☐	Nein ☐	Wenn ja, in welchem Jahr? _____

Wenn Sie einen Herzpass besitzen, bitte vorlegen.

Bluterkrankungen	Ja ☐	Nein ☐	
Blutgerinnungsstörung	Ja ☐	Nein ☐	
Blutungsneigung	Ja ☐	Nein ☐	
Diabetes	Ja ☐	Nein ☐	Wenn ja, welcher Typ? _____ Aktueller HBA1c-Wert _____
Schlaganfall	Ja ☐	Nein ☐	
Allergien	Ja ☐	Nein ☐	Wenn ja, welche? _____



Name:

Bank:

IBAN:

BIC:



Wenn Sie einen Allergiepass besitzen, bitte vorlegen. _____

Lähmungen Ja ☐ Nein ☐

Anfallsleiden (Epilepsie) Ja ☐ Nein ☐

Lunge, Atemwege Ja ☐ Nein ☐

(Asthma)

Leber Ja ☐ Nein ☐

Nieren Ja ☐ Nein ☐

Nervensystem Ja ☐ Nein ☐

Magen-Darm-Trakt Ja ☐ Nein ☐

Knochen (Osteoporose) Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wie wird diese behandelt? _____

Schilddrüse Ja ☐ Nein ☐

Gelenkerkrankung Ja ☐ Nein ☐

Tumorerkrankung Ja ☐ Nein ☐

Glaukom (Grüner Star) Ja ☐ Nein ☐

Hepatitis Ja ☐ Nein ☐

HIV Ja ☐ Nein ☐

Tuberkulose Ja ☐ Nein ☐

Andere Ja ☐ Nein ☐

Infektionskrankheit

Haben Sie ein künstliches Gelenk?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, seit wann? _____

Sind sonstige Krankheiten bekannt?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie **Medikamente**? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, bitte vollständig angeben, bzw. bitte Medikamentenplan vorlegen.

Bekommen Sie Medikamente per Infusion?

Wenn ja, welche? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche? _____

Gab es jemals Unverträglichkeiten auf

zahnärztliches Betäubungsmittel?

Ja ☐ Nein ☐

Andere zahnärztliche Substanzen?





Ja ☐ Nein ☐

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja ☐ Nein ☐

Rauchen Sie?

Ja ☐ Nein ☐

Sind Sie alkohol- oder drogenabhängig?

Ja ☐ Nein ☐

Allgemeine Aufklärung

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine **Verkehrstüchtigkeit** durch örtliche Betäubung und Medikamente, die vor oder während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Im Rahmen der zahnärztlichen Therapie ist zum Erreichen einer Schmerzfreiheit häufig eine **Leitungsanästhesie** erforderlich. Bei dieser Technik kann die Verletzung eines Nerven als sehr seltene Komplikation zu einer vorübergehenden oder dauerhaften **Taubheit** der entsprechenden Lippen- und Zungenhälfte kommen.

Surwold, den _____ Unterschrift _____

Ich verpflichte mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin **abzusagen**. Mit ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Behandlungstermine in Rechnung gestellt werden können.

Surwold, den _____ Unterschrift _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die **Richtigkeit** der obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ich bin hiermit darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich **widerrufen** kann (Art. 7, Abs. 3 DSGVO). Die Rechtmäßigkeit der aufgrund meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt hiervon unberührt (Art. 7, Abs. 3, Satz 2 DSGVO).

Surwold, den _____ Unterschrift _____

