

Patientenerhebungsbogen

Patientenkontaktdaten	
Familienname:	
Vorname:	
Straße/Hausnummer:	
PLZ/Wohnort:	
Geburtsdatum:	
Versichertenstatus:	
Liegt ein Pflegegrad vor?	☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welcher?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Telefonnummer (privat):	
Telefonnummer (mobil):	
E-Mail:	
Beruf:	
Hausarzt/Name:	

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-/Kreislaufkrankungen		
Hoher Blutdruck:	☐ ja	☐ nein
Niedriger Blutdruck:	☐ ja	☐ nein
Herzklappenfehler:	☐ ja	☐ nein
Herzklappenersatz:	☐ ja	☐ nein
Herzschritmacher:	☐ ja	☐ nein
Endokarditis:	☐ ja	☐ nein
Herzoperation:	☐ ja	☐ nein
Immunsupprimierte/r Patient/in	☐ ja	☐ nein
Infektiöse Erkrankungen		
HIV-Infektion/Stadium AIDS:	☐ ja	☐ nein
Lebererkrankung/Hepatitis:	☐ ja	☐ nein
Tuberkulose:	☐ ja	☐ nein

	Mitarbeiter/in		Mitarbeiter/in		QM-Beauftragte/r		Praxisinhaber	Versions-Nr.:
Erstellt von:	A. Simon	Aktualisiert von:	A. Simon	Geprüft von:		Freigegeben von:	A. Kreyer	1.0.0
Datum:	16.09.2025	Datum:	22.09.2025	Datum:		Datum:	16.09.2025	

Sonstige Krankheitsbilder		
Anfallsleiden (Epilepsie):	☐ ja	☐ nein
Asthma/Lungenerkrankung:	☐ ja	☐ nein
Blutgerinnungsstörungen:	☐ ja	☐ nein
Diabetes/Zuckerkrankheit:	☐ ja	☐ nein
Drogenabhängigkeit:	☐ ja	☐ nein
Nervenerkrankung:	☐ ja	☐ nein
Nierenerkrankungen:	☐ ja	☐ nein
Ohnmachtsanfälle:	☐ ja	☐ nein
Osteoporose Erkrankung:	☐ ja	☐ nein
Raucher (inkl. Vapes etc.):	☐ ja	☐ nein
Rheuma/Arthritis:	☐ ja	☐ nein
Schilddrüsenerkrankung:	☐ ja	☐ nein
Sonstige Erkrankungen:		
Allergien bzw. Unverträglichkeiten		
Lokalanästhesie/Spritzen:	☐ ja	☐ nein
Antibiotika:	☐ ja	☐ nein
Schmerzmittel:	☐ ja	☐ nein
Metalle/welche:		
Schwangerschaft		
Besteht eine Schwangerschaft?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, in welchem Monat?		
Röntgen		
Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, wann?		
Einnahme von Medikamenten		
Welche Medikamente: ggfs. Medikamentenplan nachreichen		
Nehmen Sie Bisphosphonate?	☐ ja	☐ nein
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	☐ ja	☐ nein
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	☐ ja	☐ nein
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	☐ ja	☐ nein
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, wann und welche?		

	Mitarbeiter/in		Mitarbeiter/in		QM-Beauftragte/r		Praxisinhaber	Versions-Nr.:
Erstellt von:	A. Simon	Aktualisiert von:	A. Simon	Geprüft von:		Freigegeben von:	A. Kreyer	1.0.0
Datum:	16.09.2025	Datum:	22.09.2025	Datum:		Datum:	16.09.2025	

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

☐ JA

☐ NEIN

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Niederzissen, den

Unterschrift:
Patient/in

Unterschrift:
Gesetzliche/r Vertreter/in

	Mitarbeiter/in		Mitarbeiter/in		QM-Beauftragte/r		Praxisinhaber	Versions-Nr.:
Erstellt von:	A. Simon	Aktualisiert von:	A. Simon	Geprüft von:		Freigegeben von:	A. Kreyer	1.0.0
Datum:	16.09.2025	Datum:	22.09.2025	Datum:		Datum:	16.09.2025	