Dr. Rehmer
Zahnarztpraxis

Hofackerstraße 96
79110 Freiburg i. Br.
+49 (0)761 / 82 111
info@zahnarzt-rehmer.de
www.zahnarzt-rehmer.de

Patientenerhebungsbogen

Name, Vorname des Patienten, Anschrift

.....

.....

geb. am ....

E-Mail: .....

Telefon (privat): .....

Telefon (dienstlich): .....

Beruf/ Arbeitgeber: .....

Hausarzt: Name: .....

Empfohlen von : ….....

Anschrift/Telefon: .....

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-/ Kreislauferkrankungen:

Hoher Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Niedriger Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Herzklappenfehler	☐ ja	☐ nein
Herzklappenersatz	☐ ja	☐ nein
Herzschrittmacher	☐ ja	☐ nein
Endokarditis	☐ ja	☐ nein
Herzoperation	☐ ja	☐ nein
Hochgradige Neutropenie	☐ ja	☐ nein
Mukoviszidose-Erkrankung	☐ ja	☐ nein
Organtransplantiert	☐ ja	☐ nein
Stammzellentransplantiert	☐ ja	☐ nein

Anfallsleiden (Epilepsie)	☐ ja	☐ nein
Asthma/Lungenerkrankungen	☐ ja	☐ nein
Blutgerinnungsstörungen	☐ ja	☐ nein
Diabetes/Zuckerkrankheit	☐ ja	☐ nein
Drogenabhängigkeit	☐ ja	☐ nein
Nervenerkrankung	☐ ja	☐ nein
Nierenerkrankungen	☐ ja	☐ nein
Ohnmachtsanfälle	☐ ja	☐ nein
Osteoporoseerkrankung	☐ ja	☐ nein
Raucher	☐ ja	☐ nein
Rheuma/Arthritis	☐ ja	☐ nein
Schilddrüsenerkrankung	☐ ja	☐ nein
Sonstige Erkrankungen:	☐ ja	☐ nein

……

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS	☐ ja	☐ nein
Lebererkrankung/Hepatitis	☐ ja	☐ nein
Tuberkulose	☐ ja	☐ nein
Infektionskrankheiten (z. B. MRSA)	☐ ja	☐ nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen	☐ ja	☐ nein
Antibiotika	☐ ja	☐ nein
Schmerzmittel	☐ ja	☐ nein

Metalle: ……..

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) ☐ ja ☐ nein

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welchem Monat? .....Monat

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann? .....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

..... seit .....

..... seit .....

Nehmen Sie Bisphosphonate?	☐ ja	☐ nein	seit ……....
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	☐ ja	☐ nein	seit ……....
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	☐ ja	☐ nein	seit ……....
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?	☐ ja	☐ nein	seit ……....
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	☐ ja	☐ nein	Datum: ….……

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

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahn-arzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunftei eingeholt wird.

Hiermit wird ein Abtretungsverbot im Sinne von § 399BGB vereinbart, das eine Abtretung der Ansprüche des Patienten gegen den Zahnarzt an Dritte, wie z.B. die Krankenversicherung, ausschließt. Der Behandlungsvertrag kommt allein zwischen Patient und Zahnarzt zu Stande.

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

..... , den ..... Unterschrift: .....

Dr. Rehmer
Zahnarztpraxis

Hofackerstraße 96
79110 Freiburg i. Br.
+49 (0)761 / 82 111
info@zahnarzt-rehmer.de
www.zahnarzt-rehmer.de

Aktualisierungen zum Patientenerhebungsbogen

Pat.-Nr:_____

Sehr geehrte Patienten,
um Ihnen jederzeit die bestmögliche medizinische Behandlung zukommen zu lassen brauchen wir immer aktuelle Daten von Ihnen.
Bitte schauen Sie sich Ihren Anamnesebogen vor jedem Termin noch einmal genau an und notieren Sie jede Änderung (Medikamente, Erkrankungen, Telefonnummer, …) in der unten stehenden Tabelle.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr Praxisteam Dr. Rehmer.

Datum	Änderungen in der Anamnese	Unterschrift Patient	Unterschrift Behandler