

# Patientenerhebungsbogen

## mobiler Dienst

Seite 1 von 2

### Patientendaten :

Name, Vorname ..... geb. am: .....

Name Pflegeeinrichtung: .....

Station: ..... Zimmer: .....

Straße: ..... PLZ, Ort: .....

Telefon: ..... Fax: .....

Zahnärztliches Anliegen:  Kontrolle  Beratung  Prophylaxe  Zahnschmerzen  Zahnfleischproblem  
 Sonstiges: .....

Krankenkasse: .....  gesetzlich versichert  privat versichert  
 Privat standardversichert  Freiwillig versichert  zuschussberechtigt  beihilfeberechtigt

Pflegegrad (bitte in Kopie beilegen):  nein  Grad 1  Grad 2  Grad 3  Grad 4  Grad 5

Mundpflege:  selbstständig  teilw. selbstständig  pflegegestützt

Mobilität:  mobil  mobil mit Rollator  mobil mit Rollstuhl  bettlägerig

Kommunikation:  normal  eingeschränkt  unmöglich

### Hausarzt:

Name: ..... Telefon: .....

Straße: ..... PLZ, Ort: .....

Telefon: ..... Fax: .....

**Betreuerdaten:**  Gesundheitsfürsorge (Ausweis beifügen)  Vorsorgevollmacht (Nachweis beifügen)

Name, Vorname .....

Straße: ..... PLZ, Ort: .....

Telefon: ..... Fax: .....

Mobil: ..... Email: .....

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau um uns bestens auf Sie und Ihre Bedürfnisse vorbereiten zu können. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.**

**Haben Sie Zahnersatz?**  nein  feststehend (z.B. Krone, Brücke)  
 herausnehmbar (z.B. Voll-, Teilprothese)  künstliche Zahnwurzeln (Implantate)

**Waren Sie in den letzten 2 Jahren in zahnärztlicher Behandlung?**  nein

ja, am: .....

Bei: .....

**Sind bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?**  nein

ja, am: .....

Bei: .....

# Patientenerhebungsbogen

## mobiler Dienst

Seite 2 von 2

Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Raucher	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Osteoporoseerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Mukoviszidose-Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hochgradige Neutropenie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Organtransplantiert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Stammzellentransplantiert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Demenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Sonstige Erkrankungen: Falls ja, welche?:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

### **Herz-/ Kreislaufferkrankungen:**

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Herzoperation	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
			Endokarditis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

### **Infektiöse Erkrankungen:**

HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Infektionskrankheiten (z. B. MRSA)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) oder neue Variante (vCJK)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

### **Allergien bzw. Unverträglichkeiten:**

Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Antibiotika	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Eiweiß, Soja oder Nuss	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Metalle: .....		

**Sind Sie schwanger?**  nein  ja Wenn ja, in welchem Monat? ..... Monat

**Nehmen Sie zurzeit oder regelmäßig Medikamente ein?**  nein  ja (Medikamentenplan bitte beifügen)

**Nehmen Sie Bisphosphonate?**  nein  ja, seit .....

**Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?**  nein  ja, seit .....

**Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?**  nein  ja, seit .....

**Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?**  nein  ja, seit .....

**Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?**  nein  ja, am: .....

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 Auskunft eingeholt wird.**

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