

Patientenerhebungsbogen



ZAHNARZT
KLAUS PATZKE

Patient

Name: Vorname: geb.:

Straße: PLZ/Ort:

Tel.Nr.: oder (Arbeitsstelle)

Krankenkasse: Beruf:

Die Praxis wurde mir empfohlen von:

Versicherter

Name: Vorname: geb:

Straße: PLZ/Ort:

Arbeitgeber:

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben : (Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten ?

- Asthma
- Allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen
- Herzbeschwerden (Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher)
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Gelbsucht, Leberkrankheiten
- Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen
- Ohnmachts- oder Krampfanfälle, Schlaganfall
- Rheuma
- HIV positiv

2. Bestehen zur Zeit andere Erkrankungen, welche ?

.....

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche ?

.....

4. Frauen : Besteht eine Schwangerschaft ?

Ja () Nein () Ungewiß ()

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter/innen.

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet.

Datum: Unterschrift: