



Patientenerhebungsbogen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Tel. Nr.: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Zahnarzt: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

Sehr verehrte Patientin, sehr verehrter Patient,

verschiedene Krankheiten können Einfluss auf Ihre Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Die „Information zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

Zutreffendes markieren:

- Herzinfarkt
- Schlaganfall/ Infarkt
- Herzfehler
- Herzoperation Stents
- Herzklappenprothese
- Herzschrittmacher
- Blutgerinnungsstörungen
- Lungenerkrankungen u.a. Asthma
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Osteoporose
- Zuckerkrankheit / Diabetes
- Anfallsleiden u.a. Epilepsie
- Nervenerkrankungen
- Psychische Erkrankungen
- Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis)
- Immunschwäche (z.B. HIV)
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)
- Rauchen
- Drogenkonsum

Allergien:

Vertragen Sie bestimmte **Medikamente nicht**?

Welche Medikamente **nehmen Sie ein**?

Sonstige Erkrankungen:

Für **Patientinnen**: Sind Sie schwanger? Ja Nein
Stillen Sie? Ja Nein

,den _____

Unterschrift: _____