

# Patientenerhebungsbogen

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
 Herkunftsland/-ort: \_\_\_\_\_  
 Sprachkenntnisse: \_\_\_\_\_

## Nur bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

## Kontaktdaten

Telefon-/ Handynummer: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetchers \_\_\_\_\_

**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-/ Kreislauferkrankung         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Anfallsleiden (Epilepsie)          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma/Lungenerkrankungen          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ohnmachtsanfälle                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes/Zuckerkrankheit           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lebererkrankung/Hepatitis          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nierenerkrankungen                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma/Arthritis                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankung             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Drogenabhängigkeit                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Raucher                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

**Besteht eine Schwangerschaft?**  ja  nein  
 Wenn ja, in welchem Monat? .....Monat

**Sonstige Erkrankungen:**  ja  nein  
 .....  
 .....  
 .....

**Allergien bzw. Unverträglichkeiten:**  
 Lokalanästhesie/Spritzen  ja  nein  
 Antibiotika  ja  nein  
 Schmerzmittel  ja  nein  
 Andere: .....

**Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?**  ja  nein  
 Wenn ja, wann? .....

Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?  ja  nein

**Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?**  ja  nein  
 Wenn ja, bei welchem Arzt? .....

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?** ..... seit .....

..... seit .....

..... seit .....

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