

Patientenerhebungsbogen

MVZ für MKG-Chirurgie Biberach
Dr. med. Werner Hillebrand,
Dr. Dr. med. Hans-Peter Billian &
Kollegen

Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Straße/Hausnummer	PLZ/Wohnort	Geburtsort
Telefonnummer (privat)	Telefonnummer mobil*	E-Mail*
Beruf	Arbeitgeber	Geburtsdatum gesetzlicher Vertreter
ggf. gesetzlicher Vertreter (Name und Adresse)		Besteht eine Zahn-Zusatzversicherung?
		Ja Nein
Name der Krankenkasse		
Name des Zahnarztes		Name des Hausarztes

* diese Angaben sind freiwillig

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.

Bitte kreuzen Sie zutreffende Krankheitsbilder an:

Herz-/Kreislaferkrankungen

Hoher Blutdruck	Herzklappenfehler	Herzschrittmacher	Herzoperation
Niedriger Blutdruck	Herzklappenersatz	Endokarditis	

Immunsupprimierte Patienten

Hochgradige Neutropenie	Mukoviszidose-Erkrankung	Organtransplantiert	Stammzellentransplantiert
-------------------------	--------------------------	---------------------	---------------------------

Infektiöse Erkrankungen

HIV-Infektion/Stadium AIDS	Tuberkulose	Lebererkrankung/Hepatitis	MRSA
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK) / Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)			
COVID-19 (Coronavirus)	sonstige bakterielle/virale Erkrankungen?		

Bitte wenden.

Sonstige Krankheitsbilder

Anfallsleiden (Epilepsie) Asthma/Lungenerkrankungen Blutgerinnungsstörungen Diabetes/Zuckerkrankheit
Drogenabhängigkeit Nervenerkrankung Nierenerkrankungen Ohnmachtsanfälle
Osteoporose Erkrankung. Wenn ja, nehmen oder nahmen Sie im Laufe der letzten 10 Jahre Medikamente zur Behandlung?

Raucher Rheuma/Arthritis Schilddrüsenerkrankung
Sonstige Erkrankungen:

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie/Spritzen Antibiotika Schmerzmittel Latex
Metalle, welche: Sonstige

Einnahme von Medikamenten

Welche Medikamente? Sonstige Seit:
Weitere Medikamente? Seit:
Haben Sie in der Vergangenheit Medikamente eingenommen? Nein Ja Abgesetzt am:
Nehmen Sie Bisphosphonate oder Denosumab? Nein Ja, seit: Abgesetzt am:
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? 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 durchgeführt? Nein Ja, am:
Wurden bei Ihnen Röntgenaufnahmen im Kopfbereich angefertigt? Nein Ja
Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja, Monat:
Besteht eine Stillzeit? Nein Ja

Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise: Nach Injektionen jeglicher Art ist drei Stunden lang untersagt, selbst ein Kraftfahrzeug zu führen.

Nein Ja Ich erkläre mich mit der Verarbeitung, Speicherung und Nutzung meiner Daten auf einem Praxis-computer sowie dem Versand meiner Röntgenbilder per E-Mail an mitbehandelnde Ärzte/Zahnärzte einverstanden. Die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes werden beachtet.

Nur für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse: Nach den Bestimmungen der Krankenkassen muss die Krankenversicherungskarte bei Behandlungsbeginn vorgelegt werden. In Notfällen kann sie innerhalb einer Woche nachgereicht werden, ansonsten erklären Sie sich mit der Erstellung einer Privatrechnung 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 mir nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ort, Datum

Unterschrift

