

Patientenerhebungsbogen

Dr. Heinrich Stumpf
Dr. Yannic Stumpf
Brucklacherstr. 18
72770 Reutlingen



Name, Vorname, Anschrift: _____

geb. am : _____

E-Mail* : _____

Telefon* : _____

Mobil* : _____

Hausarzt* : _____

Hauszahnarzt* : _____

*freiwillige Angabe

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-/ Kreislauferkrankungen:

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Asthma/ Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzoperation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Raucher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rheuma/ Arthritis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten (z. B. MRSA)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mukoviszidose-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/ Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hochgradige Neutropenie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			Organtransplantiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			Stammzellen transplantiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein

Antibiotika ja nein

Schmerzmittel ja nein

Metalle/ Sonstiges ja nein

: _____

Nehmen Sie Bisphosphonate?

Stehen Sie in medikamentöser
Chemotherapie ja nein

Stehen Sie in Strahlentherapie bei
Krebserkrankung? ja nein

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/
Immunsuppressiva? ja nein

Wurden bei Ihnen größere Operationen
im Krankenhaus durchgeführt? ja nein

Sind Sie an einer Behandlung, die über die Grundversorgung ja nein

der gesetzlichen Krankenkassen hinausreicht, interessiert?

Zusätzliche Kosten werden grundsätzlich vorher besprochen !

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden. Zudem habe Ich die ausgehängten Allgemeinen Geschäftsbedingungen zur Kenntnis genommen und bin mit diesen 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.

Datum _____

Unterschrift _____