



1.2.1 (1) Dok

**Patientenerhebungsbogen
für zahnärztlich-chirurgische Eingriffe**

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Versicherter _____

Geburtsdatum d. Versicherten _____

Krankenkasse _____

Beihilfeberechtigt ja nein

Privat zusatzversichert bei _____

Straße _____

Wohnort _____

Telefon _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Ihr Zahnarzt _____ Ort _____

Ihr Hausarzt _____ Ort _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

verschiedene Krankheiten können Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand.

Bitte beantworten Sie die Fragen auf der Rückseite sorgfältig. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Des Weiteren bin ich mit der Weitergabe medizinisch relevanter Informationen an die behandelnden Zahnärzte und Ärzte einverstanden.