



# Oxana Skardov

## Zahnärztin

Hauptstraße 63  
77767 Appenweier- Urloffen  
Tel | 07805- 1633  
Email | praxis.skardov@yahoo.com

### Patientenerhebungsbogen

Liebe Patientin, lieber Patient,  
wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. 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.

|                                      |                                 |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| Patient Name:                        | Patient Vorname:                |
| Patient Geburtsdatum:                |                                 |
| Gesetzlicher Vertreter Name:         | Gesetzlicher Vertreter Vorname: |
| Gesetzlicher Vertreter Geburtsdatum: | Krankenkasse:                   |
| Straße u. Hausnr.:                   | PLZ u. Wohnort:                 |
| Telefon: / Mobil: /                  | Email:                          |

Name, Anschrift und Telefonnummer Ihres Hausarztes: \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?  
Wenn Ja, wann? \_\_\_\_\_

#### Herz-/ Kreislaufkrankungen:

- |                      |                             |                               |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hoher Blutdruck      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Niedriger Blutdruck  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzfehler           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschrittmacher    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Durchblutungsstörung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzmuskelentzündung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzinfarkt          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzrhythmusstörung  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

#### Infektionskrankheiten:

- |                                                |                             |                               |
|------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hepatitis                                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Creutzfeld- Jacob<br>(menschlicher Rinderwahn) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| HIV/ AIDS                                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

#### Für Frauen:

- |                              |                             |                               |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Einnahme von Pille           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht eine Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| In welcher Woche/ Monat:     | _____                       |                               |

#### Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- |                                    |                             |                               |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Lokalanästhesie/ Spritzen:         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Penicillinallergie/ Antibiotika:   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie an sonstigen Allergien: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche:                   | _____                       |                               |
|                                    | _____                       |                               |

#### Bluterkrankung:

- |                 |                             |                               |
|-----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Blutarmut       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Marcumar        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ASS             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

#### Alkohol/ Tabakkonsum:

- |                              |                             |                               |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Trinken Sie täglich Alkohol? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tabakkonsum:                 | _____                       |                               |
| Rauchen Sie?                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

### Krebserkrankung:

Leiden oder litten Sie an einer  
Krebserkrankung? ja nein  
Wenn ja, welcher:

---

Chemotherapie ja nein  
Strahlentherapie ja nein

### Medikamente:

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja nein  
Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein  
Wenn ja, welche:

---

---

---

### Hatten Sie jemals:

Kieferhöhlenentzündung ja nein  
Rheuma ja nein  
Verdauungsstörung ja nein  
Augeninnendruckerrhöhung ja nein  
Epilepsie ja nein  
Ohnmachtsanfälle ja nein

### Sonstige Erkrankungen:

Schilddrüsenerkrankung ja nein  
Diabetes/ Zucker ja nein  
Nierenleiden ja nein  
Ist Ihre Leber angegriffen? ja nein  
Drogenkonsum ja nein

Möchten Sie von uns an die regelmäßige Kontrolle Ihrer Mundgesundheit erinnert werden- auch um den Vorschriften der gesetzlichen Krankenkasse (Bonusheft- Regelung) Genüge zu tun? ja nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung abgeschlossen? ja nein

Ich bin damit Einverstanden das die Zahnarztpraxis Oxana Skardov mich per SMS zur Terminerinnerung kontaktieren darf.  
ja nein

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen z.B. Adressänderung, Krankenkassenwechsel usw., die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

### Datenschutz (gemäß Art.9 Abs.2 DSGVO)

Ich willige ein, dass mein behandelnder Arzt/ Ärzte innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

Bitte bestätigen Sie, die von Ihnen gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet zu haben- mit Ihrer Unterschrift und dem heutigen Datum.

---

Ort/ Datum:

---

Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter

Vielen Dank für das aufmerksame Ausfüllen dieses Anamnesebogens.

Es soll dazu beitragen, Sie besser zu beraten. Ach ja, bitte sind Sie nicht böse, wenn einmal Wartezeit auftreten sollten. Diese sind gelegentlich unvermeidlich, weil auch Schmerzpatienten behandelt werden wollen, denn auch Sie selbst könnten einmal einer sein.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr Praxisteam