**Patientenerhebungsbogen** (französisch)

 **Renseignements sur le patient**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patientenkontaktdaten** | **Coordonnées du (de la) patient(e)** |  |
| Familienname: | Nom : |  |
| Vorname: | Prénom : |  |
| Straße/Hausnummer: | Adresse : |  |
| PLZ/Wohnort: | Adresse : |  |
| Geburtsdatum: | né(e) le: |  |
| Versichertenstatus: | Statut de l’assuré(e) : |  |
| **Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!** | **Les sept informations suivantes ne sont pas obligatoires. Vous les donnez de votre plein gré !** |
| Telefonnummer (privat): | Téléphone (privé):  |  |
| Telefonnummer (mobil): | Téléphone (portable):  |  |
| E-Mail: | Email: |  |
| Beruf: | Profession: |  |
| Hausarzt/Name: | Médecin de famille  Nom : |  |
| Hausarzt/Telefonnummer: | Médecin de famille adresse : |  |
| Hausarzt/Anschrift: | Médecin de famille téléphone: |  |

**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.

**Veuillez répondre précisément aux questions suivantes concernant votre état de santé !** Toutes les indications sont soumises au secret professionnel et aux dispositions sur la protection des données et seront traitées de façon strictement confidentielle.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Herz-/Kreislauferkrankungen** | **Maladies cardio-vasculaires** |  |  |
| Hoher Blutdruck: | Hypertension : | 🞏 ja / oui  | 🞏 nein / non |
| Niedriger Blutdruck: | Hypotension : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Herzklappenfehler: | Valvulopathie cardiaque : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Herzklappenersatz: | Remplacement valvulaire : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Herzschrittmacher: | Stimulateur cardiaque : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Endokarditis: | Endocardite : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Herzoperation: | Intervention cardiaque : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| **Immunsupprimierte Patienten** | **Patient(e) immunodéprimé(e)** |  |  |
| Hochgradige Neutropenie: | Neutropénie à haut risque : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Mukoviszidose-Erkrankung: | Mucoviscidose : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Organtransplantiert: | Transplantation d’organes : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Stammzellentransplantiert: | Transplantation de cellules souches : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| **Infektiöse Erkrankungen** | **Maladies infectieuses** |  |  |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS: | Infection par le VIH / SIDA déclaré : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Lebererkrankung/Hepatitis: | Hépathopathie / hépatite : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Tuberkulose: | Tuberculose : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Infektionskrankheiten (z. B.MRSA): | Autres maladies infectieuses : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK): | Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)/ Nouvelle variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ) :  | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sonstige Krankheitsbilder** | **Autres maladies** |  |  |
| Anfallsleiden (Epilepsie): | Épilepsie : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Asthma/Lungenerkrankung: | Asthme / maladies pulmonaires : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Blutgerinnungsstörungen: | Troubles de la coagulation : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Diabetes/Zuckerkrankheit: | Diabète / diabète sucré : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Drogenabhängigkeit: | Toxicomanie : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Nervenerkrankung: | Maladies nerveuses : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Nierenerkrankungen: | Néphropathie (maladies des reins) : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Ohnmachtsanfälle: | Pertes de connaissance : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Osteoporose Erkrankung: | Ostéoporose : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Raucher: | Tabagisme : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Rheuma/Arthritis: | Rhumatisme / arthrite : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Schilddrüsenerkrankung: | Maladie de la glande thyroïde : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Sonstige Erkrankungen: | Autres maladies : |  |  |
| **Allergien bzw. Unverträglichkeiten** | **Allergies ou intolérances** |  |  |
| Lokalanästhesie/Spritzen: | Anesthésie locale / piqûres : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Antibiotika: | Antibiotique : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Schmerzmittel: | Antalgiques : | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Metalle/welche: | Métaux : |  |  |
| **Schwangerschaft** | **Enceinte** |  |  |
| Besteht eine Schwangerschaft? | Êtes-vous enceinte ? | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Wenn ja, in welchem Monat? | Si oui, à combien de mois de grossesse en êtes-vous ? | Monat:Mois: |  |
| **Röntgen** | **Radiographie** |  |  |
| Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt? | Est-ce que des radiographies de vous ont déjà été faites chez votre dentiste ? | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
| Wenn ja, wann? | Si oui, quand ? | Monat/Jahr:Mois/année: |  |
| **Einnahme von Medikamenten** | **Prise de médicaments** |  |  |
| Welche Medikamente: | Quels médicaments : | seit/depuis: |  |
| Weitere Medikamente: | Autres médicaments : | seit/depuis: |  |
| Nehmen Sie Bisphosphonate? | Prenez-vous du bisphosphonate ? | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
|  |  | seit/depuis: |  |
| Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? | Suivez-vous une chimiothérapie médicamenteuse ? | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
|  |  | seit/depuis: |  |
| Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? | Suivez-vous une radiothérapie pour traiter un cancer ? | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
|  |  | seit/depuis: |  |
| Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? | Prenez-vous des stéroïdes / immunosuppresseurs à forte dose ? | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
|  |  | seit/depuis: |  |
| Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? | Avez-vous subi de lourdes opérations à l’hôpital ? | 🞏 ja / oui | 🞏 nein / non |
|  |  | Datum/Date: |  |

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnärztin/Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

J'accepte, en cas de nécessité de soins dentaires plus importants ou d’interventions dentaires impliquant le paiement d’avance par mon (ma) dentiste du technicien-dentiste, de solliciter, au besoin, auprès d’une agence de renseignements ou d'une institution de protection du crédit, une demande de crédit.

□ ja / oui □ nein / non

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Je me déclare d’accord avec l’enregistrement, le traitement et l’exploitation électroniques de mes données personnelles dans un système appelé Recall-System.

□ ja / oui □ nein / non

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.

Je m’engage à communiquer immédiatement tout changement pouvant intervenir au cours de la période de traitement.

De plus, je m’engage à observer les séances de traitements convenues ou à les annuler au moins 24 heures avant la date fixée J’ai connaissance que les rendez-vous qui n’ont pas été annulés, ou qui ne l’ont pas été à temps, peuvent être facturés.

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

............................................. , Date..................................... Signature: ........................................................