

## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient

Herr/Frau/Kind

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

### Versicherungsmitglied

(falls abweichend)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

### Anschrift

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_

### Kontakt

 privat \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Beruf

\_\_\_\_\_

### Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  tagsüber

Besteht eine Zusatzversicherung:  ja  nein

*Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 10 Tage nach der Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatienten betrachten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.*

Liebe Patienten, meine Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis.

**Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d. h. spätestens 24 Stunden vorher, da wir Ihnen sonst die Kosten für die ungenutzte Zeit (Ausfallentgelt gem. §§ 304, 611, 615 BGB) in Rechnung stellen können.** Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z. B. akute Schmerzen) in meine Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

### Datenschutzrechtliche Einwilligungs-Erklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO:

- Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der zahnmedizinischen Behandlung durch die Praxis zu.  
Meine personenbezogenen Daten können auch zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.  
Weitere Informationen erhalten Sie unter folgendem Link: [www.g-ba.de/beschluesse/4036/](http://www.g-ba.de/beschluesse/4036/).

**Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).**

Wünschen Sie, von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden ?

- Ja, ich stimme der Eintragung in das praxisinterne Recall-System zu, bitte kontaktieren Sie mich für Terminerinnerungen per  Post  Email (bitte oben angeben)

Liebe Patienten, unsere Praxis beauftragt eine zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft mit der Erstellung und dem Einzug Ihrer Privatrechnung für Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Im Rahmen dieser Serviceleistung bieten wir Ihnen die Möglichkeit der kostenfreien sechsmonatigen Ratenzahlung an. Ein weiterer Vorteil für Sie ist, dass wir unseren Verwaltungsaufwand hierdurch reduzieren und dadurch mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung haben. Selbstverständlich wird vor dem Erbringen solcher „Privat“-Leistungen Ihr Einverständnis eingeholt.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte wenden! 

# Aufnahmebogen

Bitte zutreffendes Ankreuzen

**Ärztliche Behandlung:** Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

**Hausarzt/Facharzt:** Name, Adresse und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Medikamente:** Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie?

[Wenn Sie eine Medikamentenliste ihres Hausarztes haben, geben Sie diese bitte anbei]

---

---

## Gerinnungshemmende Medikamente („Blutverdünner“):

Dauerhaft oder in den letzten Tagen zum Beispiel:

Aspirin  ASS (100mg)  Marcumar

Ticlopidin  Plavix/ Clopidogrel  Pradaxa

Xarelto  Eliquis

## Medikamente für den Knochenstoffwechsel:

O Kalzitonin  O Prolia  O Strontiumreanelat

O Teriparatid  O Vitamin-D-Derivate  O Fluoride

O Raloxifen (SERM)  O Bisphosphonate: (Alendronat,

Risedronat, Zoledronat, Ibandronat, Pamidronat, u.a.)

Herzschwäche (Insuffizienz)?  ja  nein  
Unregelmäßiger Herzschlag?  ja  nein  
Herzasthma, Angina pectoris?  ja  nein  
Herschrittmacher/ Herzklappenersatz?  ja  nein  
Zustand nach Herzinfarkt?  ja  nein  
**Haben Sie einen Herzpass?**  ja  nein

Bluthochdruck  ja  nein  
Niedriger Blutdruck  ja  nein

Epilepsie  ja  nein  
Krämpfe  ja  nein

Blutungsneigung (Hämophilie)  ja  nein  
Blutarmut (Anämie)  ja  nein

Sind Sie Drogen- oder Alkoholabhängig?  ja  nein  
Nehmen Sie Aufputsch-  
oder Beruhigungsmittel?  ja  nein

Sind Sie Raucher?  ja  nein  
Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie  
durchschnittlich pro Tag? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  
Wenn ja, wann ist der Entbindungstermin? \_\_\_\_\_

Haben Sie sonstige Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Diabetis (Zuckerkrankheit)  ja  nein  
Ohnmachtsanfälle  ja  nein  
Sodbrennen (Reflux)  ja  nein  
Chronische Magen-Darmerkrankungen  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankungen  ja  nein  
Rheuma  ja  nein

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis)  ja  nein  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Tuberkulose  ja  nein  
Infektionskrankheiten (AIDS)  ja  nein

Asthma/ COPD  ja  nein  
Augenerkrankungen  ja  nein

Tumorerkrankungen  ja  nein  
Wenn ja, wann erkrankt: \_\_\_\_\_

Thromboseerkrankungen  ja  nein

Bestehen Allergien gegen Materialien oder  
Medikamente? (z.B. Latex, Penicillin, o.ä.)  ja  nein  
Wenn ja, welche Allergien besitzen Sie?  
\_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja  nein

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben. Für Patienten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist für eine Behandlung (außer akuten Schmerzbehandlungen) die Einwilligung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Mir ist bekannt, dass die Zahnarztpraxis diese Anamnese jedes Jahr aktualisieren lässt und ich als Patient eine Mitwirkungspflicht besitze, damit eine erfolgreiche und risikofreie Behandlung erfolgen kann.

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.**

Datum

Unterschrift