



## 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

*Die Berechnung der Leistungen erfolgt nach den Vorschriften der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte / Ärzte (GOZ/GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Ob und in welchem Umfang eine Rückerstattung von Privatkrankenversicherungen bzw. Beihilfestellen erfolgen kann, hängt vom Umfang Ihres Versicherungsschutzes ab. Für den Fall, dass Sie nur eingeschränkten Versicherungsschutz, z.B. bei einer studentischen oder privaten Renten-Versicherung haben, ist ein evtl. Differenzbetrag von Ihnen selbst zu tragen.*

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 Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO (notwendig für die Behandlung):

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der zahnärztlichen Behandlung durch die Praxis zu.

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 eine Terminerinnerung?

Ja, ich stimme der Erinnerung an Termine per E-Mail oder SMS zu.

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

Ja, ich stimme der Eintragung in das praxisinterne Recall-System zu.

\_\_\_\_\_  
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? Wenn ja, welche?  ja  nein  
[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)  Marcumar  Ticlopidin

Plavix/ Clopidogrel  Pradaxa  Xarelto  Eliquis

Aggrenox  Efitent

## Medikamente für den Knochenstoffwechsel:

Prolia  Bisphosphonate  Strontiumreanelat

Teriparatid Parathormon  Vitamin-D-Derivate

Kalzitinin  Fluoride  Raloxifen (SERM)

Aledronat  Risedronat

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

Wenn ja, wie ist ihr HbA1c ? \_\_\_\_\_

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 erkannt: \_\_\_\_\_

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