



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

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 gern. §§ 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.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der zahnärztlichen Behandlung durch die Praxis zu. (Datenschutzrechtliche Einwilligungs-Erklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO - notwendig für die Behandlung)

Ich stimme der digitalen Übertragung von Daten zu. Nein

Die Übertragung darf auch unverschlüsselt erfolgen. Nein

Wünschen Sie von uns eine Terminerinnerung?

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

E-Mail SMS

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

Ja, ich stimme der Eintragung in das praxisinterne Recall-System zu, bitte gerne auch per

Post Email SMS

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).

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: _____

Haben Sie einen Pflegegrad ? ja nein Wenn ja, welchen _____

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
Herzrhythmusstörer/ 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 ja nein
Medikamente? (z.B. Latex, Penicillin, o.ä.)
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