

AUFNAHMEBOGEN

PATIENT

Name

Vorname

Geb.-Datum

Geburtsort

Strasse, Nr.

PLZ/Ort

Tel.

Tel. tagsüber

Mobil

E-Mail

Sind Sie einem Pflegegrad zugeordnet oder erhalten Sie Eingliederungshilfe* (§§15+53 SGB)?

Ja Nein

*In diesen Fällen haben Sie Anspruch auf zusätzliche Prophylaxe als Kassenleistung: Hierzu benötigen wir Ihren Pflegebescheid,

MITGLIED / VERSICHERTER

Name

Vorname

Geb.-Datum

Beruf

Arbeitgeber

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

gesetzliche Krankenkasse

Zusatzversicherung Freiwillig versichert

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, benötigen wir Ihre elektronische Versichertenkarte (EGK). Liegt diese 14 Tage nach dem ersten Besuch im Quartal nicht vor, behalten wir uns vor, Ihnen die erbrachten Leistungen privat in Rechnung zu stellen.

Privatversicherung

Beihilfeberechtigt Basistarif Standardtarif

Um zu gewährleisten, dass die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden können, gibt es in unserer Praxis ein Erinnerungssystem (Recall), mit dem wir Sie regelmäßig an den nächsten Termin erinnern. **Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie in unser Recall System aufnehmen?**

Ja Nein

Wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen 48 Stunden vorher abzusagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit anderweitig verplanen können.

Bei nicht rechtzeitiger Absage wird die versäumte Zeit mit einer Ausfallgebühr berechnet.

Die Höhe der Ausfallgebühr bemisst sich an der für Sie eingeplanten Zeit und Behandlung.

Wir haben wir einen Terminerinnerungsservice für längere Termine für Sie.

Dürfen wir Sie per SMS an ihren längeren Termin erinnern?

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass bei Telefonaten Informationen zu Terminen auf den Anrufbeantworter gesprochen oder den nächsten Angehörigen mitgeteilt werden dürfen.

Ja Nein



Bitte wenden!

ANAMNESE

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit. Danke!

Bitte ankreuzen Ja Nein Bitte ankreuzen Ja Nein

ALLGEMEINE SITUATION

Hausarzt/ Ort

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
 z. B. Blutverdünner wie ASS, Marcumar, Pradaxa, Xarelto, Eliquis etc.
 Wenn ja, welche und wofür?

Hatten Sie schon einmal eine ungewöhnliche Reaktion auf Betäubungsspritzen? Ja Nein
 Wir weisen darauf hin, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt sein kann.

Medikamentenallergie Ja Nein
 Wenn ja, welche?

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein

Haben Sie eine/mehrere der folgenden Erkrankungen?
 Herzerkrankungen
 Wenn ja, welche?

Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig? Ja Nein
(vorbeugende medizinische Maßnahme, die der Verhinderung einer Herzinnenhautentzündung dient)

Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate ein künstliches Gelenk eingesetzt bekommen? Ja Nein
 Wenn ja, wann?

Größere zurückliegende Operationen Ja Nein
 Wenn ja, welche?

Hoher Blutdruck Ja Nein

Niedriger Blutdruck Ja Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit) Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Asthma Ja Nein

Schweres Rheuma Ja Nein

Infektionskrankheiten

Hepatitis (C) Ja Nein

TBC (Tuberkulose) Ja Nein

HIV (Aids) Ja Nein

Sonstige ernsthafte oder chronische Erkrankungen?

Besteht eine Schwangerschaft Ja Nein
 Wenn ja, wievielte Woche?

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

Haben Sie ein Bonusheft? Bitte bringen Sie dieses zum 1. Termin mit in die Praxis.

Sind Sie Raucher? Ja Nein

Tragen Sie Zahnersatz? Ja Nein

Wenn ja, seit Jahren

Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden? Ja Nein

Haben Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung bekommen? Ja Nein

Ist bei Ihnen schon einmal eine Zahnfleischbehandlung (Parodontitis) durchgeführt worden? Ja Nein

Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt?

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis

Ihre Erwartungen/Wünsche an uns:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und die Kenntnisnahme der Ausfallgebühr.

.....
 Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung & -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit widerrufen kann. Unsere detaillierten Datenschutzbestimmungen nach Art. 13 DSGVO liegen in der Praxis für Sie zur Mitnahme bereit.

.....
 Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)