

Aufnahmefragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in der Praxis am Bollmannbrunnen. Wir bitten Sie, damit wir
Sie optimal behandeln und Sie bei Bedarf erreichen können, die folgenden Fragen vollständig
zu beantworten.

..... Name	..... Vorname	..... geb. am
..... PLZ/Ort	..... Straße	..... Hausnummer
..... Telefon privat/ Handy	..... Telefon dienstl.	..... E-Mail
..... Arbeitgeber	..... Beruf	
..... Überweisender Zahnarzt / Arzt	..... Name, Vorname, Geburtsdatum des Hauptversicherten	
..... Krankenkasse	..... Für Privatpatienten	..... Basistarif

Verschiedene Krankheiten können Einfluß auf kieferchirurgische Behandlungen nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen sorgfältig. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen?

Neigen Sie zur Ohnmacht?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Blutdruckstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zu niedrig	<input type="checkbox"/> zu hoch	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzerkrankung/Herzpass	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Lungenerkrankung/Atembeschwerden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
welche?			Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
(Marcumar? Plavix? Heparin? Aspirin?)			Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Infektionserkrankungen: HIV	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Neigung zu Krämpfen/ Epilepsie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Hepatitis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	ungewöhnliche Narbenbildung der Haut	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
A B C andere						

Sonstige Erkrankungen, die nicht aufgeführt sind?

Sind Sie in ständiger ärztlicher Behandlung? nein ja, wegen

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein? nein ja, folgende

Haben Sie eine Medikamentenüberempfindlichkeit? nein ja, gegen

Sonstige Allergie:

Nehmen/bekamen Sie Tabletten oder Spritzen (Bisphosphonate) zur Behandlung von z.B. Osteoporose oder Knochenmetastasen? nein ja
(Bisphosphonate z.B.: Zometa, Aredia, Bonviva, Bondronat, Fosamax, Fosavance, Skelid, Bonafos, Didronel, Diphos)

Wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monaten Zahn-, bzw. Kieferröntgenaufnahmen gemacht? nein ja

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? nein ja
Rauchen Sie? nein ja, wie viel? / Tag

Bitte beachten Sie folgende Hinweise: Wir bitten, vereinbarte Termine bei Verhinderung, möglichst frühzeitig abzusagen. Wir behalten uns vor, bei unentschuldig versäumten Terminen einen Schadensersatz geltend zu machen. Nach Behandlungen **in Lokalanästhesie bzw. Vollnarkose** untersagt der Gesetzgeber die aktive **Teilnahme am Straßenverkehr** (Autofahren).

Für Rechnungsempfänger weisen wir darauf hin, dass bei Zahlungsverweigerung ggf. ein Inkassobüro beauftragt wird.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung
für die Verarbeitung personenbezogener
Patientendaten gemäß Art. 6.7 Abs. 1 lit. a
DSGVO

Oralchirurgie am Bollmannbrunnen
Mario Augustin
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Hauptstraße 22
14776 Brandenburg an der Havel

Patient/in:

Name, Vorname in Druckbuchstaben	
Geburtsdatum	
Adresse in Druckbuchstaben	

Ich stimme hiermit der Erhebung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der zahnärztlichen Behandlung und Prävention, sowie aller dazu notwendigen organisatorischen Maßnahmen und die Verarbeitung der Daten, durch die von der Praxis beauftragten Dienstleister, zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch eine 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 auf Grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2. DSGVO).

Die Datenschutzerklärung kann an der Rezeption eingesehen werden.

Brandenburg an der Havel, den _____

Unterschrift Patient/in _____