

# 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)