

# AUFNAHMEBOGEN

## PATIENT

Name .....

Vorname .....

Geb.-Datum .....

Geburtsort .....

Strasse, Nr. ....

PLZ/Ort .....

Mobil/Tel. ....

E-Mail .....

Hausarzt .....

## MITGLIED / VERSICHERTER

Name .....

Vorname .....

Geb.-Datum .....

Beruf .....

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

☐ gesetzliche Krankenkasse

☐ Zusatzversicherung ☐ Freiwillig versichert

☐ Privatversicherung

☐ Beihilfeberechtigt ☐ Basistarif ☐ Standardtarif

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

☐ Ja ☐ Nein

**! ePA-Hinweis: Jede medizinische Einrichtung hat durch Einlesen der KVK vollen Zugriff auf Ihre Gesundheitsdaten!  
Bitte achten Sie auf die von Ihnen erteilten Zugriffsberechtigungen!**

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 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                  |
|---|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| <b>ALLGEMEINE SITUATION</b>   |                       |                       |  |                       |                       |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?<br>z. B. Blutverdünner wie ASS, Marcumar, Pradaxa, Xarelto, Eliquis etc.<br>Wenn ja, welche und wofür?<br>.....                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Besteht eine Schwangerschaft<br><input type="radio"/> Wenn ja, wievielte Woche? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hatten Sie schon einmal eine ungewöhnliche Reaktion auf Betäubungsspritzen?<br>Wir weisen darauf hin, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt sein kann. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE</b>   |                       |                       |
| Medikamentenallergie<br>Wenn ja, welche?<br>.....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sind Sie Raucher?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Blutgerinnungsstörungen<br><input type="radio"/>  | <input type="radio"/> |                       | Tragen Sie Zahnersatz?<br>Wenn ja, seit ..... Jahren   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie eine/mehrere der folgenden Erkrankungen?<br>Herzerkrankungen<br>Wenn ja, welche?<br>.....   |                       |                       | Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig?<br>(vorbeugende medizinische Maßnahme, die der Verhinderung einer Herzinnenhautentzündung dient)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt?<br>.....   |                       |                       |
| Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate ein künstliches Gelenk eingesetzt bekommen?<br>Wenn ja, wann? .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis<br>.....<br>.....<br>.....   |                       |                       |
| Größere zurückliegende Operationen<br>Wenn ja, welche? .....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ihre Erwartungen/Wünsche an uns:<br>.....<br>.....   |                       |                       |
| Hoher Blutdruck   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?<br>.....   |                       |                       |
| Niedriger Blutdruck   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und die Kenntnisnahme der Ausfallgebühr.<br>.....   |                       |                       |
| Diabetes (Zuckerkrankheit)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)  |                       |                       |
| Schilddrüsenerkrankung  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung &amp; -speicherung</b>  |                       |                       |
| Asthma  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 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.<br>..... |                       |                       |
| Schweres Rheuma   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)  |                       |                       |
| Infektionskrankheiten   |                       |                       |  |                       |                       |
| Hepatitis (C)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |                       |                       |
| TBC (Tuberkulose)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |                       |                       |
| HIV (Aids)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |                       |                       |
| Sonstige ernsthafte oder chronische Erkrankungen?<br>.....<br>.....   |                       |                       |  |                       |                       |