

AUFGABEBOGEN

PATIENT

Name

MITGLIED / VERSICHERTER

Name

Vorname

Vorname

Geb.-Datum

Geb.-Datum

Geburtsort

Beruf

Strasse, Nr.

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

PLZ/Ort

 gesetzliche Krankenkasse

Mobil/Tel.

 Zusatzversicherung Freiwillig versichert

E-Mail

 Privatversicherung

Hausarzt

 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

ALLGEMEINE SITUATION

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

z. B. Blutverdünner wie ASS, Marcumar, Pradaxa, Xarelto, Eliquis etc.

Wenn ja, welche und wofür?

Bitte ankreuzen

Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft

Wenn ja, wievielte Woche?

Hatten Sie schon einmal eine ungewöhnliche Reaktion auf Betäubungsspritzen?

Wir weisen darauf hin, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt sein kann.

Medikamentenallergie

Wenn ja, welche?

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

Sind Sie Raucher?

Tragen Sie Zahnersatz?

Wenn ja, seit Jahren

Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische

Behandlung durchgeführt worden?

Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt?

Blutgerinnungsstörungen

Haben Sie eine/mehrere der folgenden Erkrankungen?

Herzerkrankungen

Wenn ja, welche?

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis

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

Ihre Erwartungen/Wünsche an uns:

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

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Größere zurückliegende Operationen

Wenn ja, welche?

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

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Schilddrüsenerkrankung

Asthma

Schweres Rheuma

Infektionskrankheiten

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung & -speicherung

Hepatitis (C)

TBC (Tuberkulose)

HIV (Aids)

Sonstige ernsthafte oder chronische Erkrankungen?

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)