

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis. Für unsere Unterlagen benötigen wir ein paar persönliche Informationen, sollten Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, so geben Sie diese bitte am Empfang ab.

Name	Vorname		Geburtsdatum
_____	_____		_____
Straße	PLZ	Wohnort	E-Mail
_____	_____	_____	_____
Telefon Mobil	Telefon geschäftlich	Beruf	
_____	_____	_____	

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Auf Empfehlung meines Hausarztes Auf Empfehlung von Bekannten Internet Sonstiges

Bitte helfen Sie uns, denn hierbei geht es um Ihre Gesundheit! Damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können und um unnötige Komplikationen zu vermeiden, ist es wichtig, dass Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß und gewissenhaft beantworten.

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an...

- Herz oder Kreislauf Ja Nein
 Lunge Ja Nein
 Blut Ja Nein
 Leber Ja Nein
 Nieren Ja Nein
 Schilddrüse Ja Nein
 Magen-Darm-Trakt Ja Nein
 Gelenken (Rheuma)..... Ja Nein

Haben oder hatten Sie jemals ...

- Hohen Blutdruck Ja Nein
 Zucker (Diabetes) Ja Nein
 Fallsucht (Epilepsie) Ja Nein
 Gelbsucht (Hepatitis) Ja Nein
 Grünen Star Ja Nein
 Zahnfleischbluten Ja Nein
 Eine Behandlung mit
 Bisphosphonaten Ja Nein
 Infektionskrankheiten Ja Nein

 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
 (CJK) / Neue Variante der
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
 (vCJK) Ja Nein

 Sind Sie jemals beim
 Zahnarzt »umgefallen«? Ja Nein
 Neigen Sie zu Blutungen? Ja Nein
 Sind Sie HIV positiv? Ja Nein

 Herzschrittmacher Ja Nein
 Endokarditis Ja Nein

Wurden Sie zuletzt im Kopfbereich (also an den Zähnen, an den Nebenhöhlen, am Hals, an der Nase oder an den Ohren) geröntgt? Falls ja, wann? Bei welchem Arzt oder in welchem Krankenhaus?

Ja Nein _____

Sind Sie zur Zeit schwanger? Falls ja, in welchem Monat?

Ja Nein _____

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Falls ja, wo?

Ja Nein _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls ja, welche?

Ja Nein _____

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? Falls ja, weshalb?

Ja Nein _____

Haben oder hatten Sie jemals Allergien? Falls ja, welche?

Ja Nein _____

Leiden Sie an sonstigen Erkrankungen? Falls ja, an welchen?

Ja Nein _____

Rauchen Sie?

Ja Nein

Konsumieren Sie Drogen (auch Cannabis und/oder Alkohol)?

Ja Nein

ALLE ANGABEN WERDEN VERTRAULICH BEHANDELT!

Sie haben diesen Bogen schon einmal ausgefüllt? Falls ja, hat sich seitdem etwas geändert?

Ja

 Nein

selbst versichert versichert bei Ehemann Ehefrau Vater Mutter

Name Vorname Geburtsdatum

Krankenkasse Arbeitgeber

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Bitte informieren Sie mich persönlich über Neuigkeiten im zahnmedizinischen Bereich und über das Mundgesundheitsprogramm.

Ja Nein

Das Folgende gilt nur für Privatpatienten oder für Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung: die für Sie erbrachten Leistungen werden entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Dabei entscheidet der behandelnde Zahnarzt anhand des Umfangs und der Schwierigkeit der Behandlung, in welcher Höhe zwischen dem einfachen bis dreieinhalbfachen des Gebührensatzes abgerechnet wird. Abweichungen hiervon bedürfen der vorherigen schriftlichen Vereinbarung. Mir ist bewusst, dass im Falle einer kurzfristigen Terminabsage, innerhalb von 24 Stunden vor Terminbeginn, oder durch Versäumen eines Termins meinerseits, eine Ausfallgebühr von 100€ erhoben werden kann.

Datum Unterschrift

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG:

Im Rahmen meiner Behandlung werden meine persönlichen und medizinischen Daten erfasst, verarbeitet und genutzt. Diese können unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (Krankenkassen, mitbehandelnde Zahnärzte, andere Einrichtungen des Gesundheitswesens oder medizinische Dienstleister) übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass aurumdentalis Zahnarztpraxis

- sich zur Verarbeitung meiner elektronisch gespeicherten Daten teilweise externer Dienstleister (z.B. Rechenzentren, Softwarehäuser, Softwarespezialisten) bedient, um einen ordnungsgemäßen Betrieb von informationstechnischen Systemen zu gewährleisten.
- die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hauszahnarzt oder Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde darf auch per E-Mail über das Internet erfolgen und dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hauszahnarzt oder Hausarzt.
- die bei meinem Hauszahnarzt oder Hausarzt oder sonstigem Behandler vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann.

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber

aurumdentalis Zahnarztpraxis schriftlich widerrufen.

Datum Unterschrift

(bei minderjährigen Patienten Unterschrift der oder des Sorgeberechtigten)