

AUFNAHMEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Dieser Fragebogen ist eine wichtige Information für uns. Er dient Ihrer Behandlung und verbleibt bei Ihren Akten. Die Angaben unterliegen der Ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihre Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gern.

Bitte beantworten Sie die nachstehend aufgeführten Fragen in Ihrem eigenen Interesse genau.

Patient	Hauptversicherter
Nachname	Nachname
Vorname	Vorname
Geb.- Datum	Geb.- Datum
_____ Straße Hausnr.	_____ Straße Hausnr.
_____ PLZ Ort	_____ PLZ Ort
Tel.: privat	dienstlich
Beruf	Arbeitgeber
Krankenkasse	Zusatzversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnarzt	
Kieferorthopäde	
Hausarzt	
Empfehlung durch	

Es wird um Vorlage Ihrer Krankenversicherungskarte gebeten, andernfalls kann gemäß der vertraglichen Bestimmungen Privathonorar erhoben werden. Bei der Abrechnung der Privathonorare erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre Daten an eine Abrechnungsstelle weitergegeben werden können. Nach Abschluss der Behandlung erhalten der Überweiser und, wenn medizinisch notwendig, auch weitere Kollegen einen Arztbrief. Bitte informieren Sie uns, wenn Sie dies nicht möchten.

Falls Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Ansonsten sind wir berechtigt, Ihnen ein Ausfallhonorar nach den Gebührenordnungen GOÄ und GOZ (mindestens 39,00€) in Rechnung zu stellen (§ 615 BGB). Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Durch Betäubungsspritzen wird die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt.

Bitte wenden!

Fragen zur Vorgeschichte des Patienten:

Weshalb kommen Sie zu mir? _____

Seit wann haben Sie Beschwerden? _____

Was hat Ihr Zahnarzt bisher gemacht? _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja nein
Wenn ja, wogegen? _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Bei Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, in welchem Monat? _____

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

- Osteoporose ja nein
- Erhielten Sie Infusionen? ja nein
- Diabetes ja nein
- Bluthochdruck ja nein
- Herzerkrankung ja nein
- Gerinnungsstörungen ja nein
- Nierenerkrankungen ja nein
- Lebererkrankung oder Hepatitis ja nein
- Lungenerkrankung ja nein
- Magen- oder Darmerkrankungen ja nein
- HIV-Infektion ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Haben Sie ein künstliches Gelenk? ja nein ggf. seit wann? _____

Wurde ein Organ transplantiert? ja nein

Hatten Sie eine Bestrahlung oder Chemotherapie? ja nein

andere Erkrankungen: _____

Rauchen Sie? ja nein

Möchten Sie über Maßnahmen zur besseren Wundheilung und individuelle Gesundheitsleistungen (Privatleistung) informiert werden?

- Wunddesinfektion durch Ozon ja nein
- Wundverschluss durch körpereigenes Eiweiß ja nein
- Vitamine und weitere Bausteine ja nein
- schmerzarme Betäubungsspritze ja nein
- Beruhigungssaft zur Operation ja nein

Frankenthal, den _____ 2025

Unterschrift