



Begrüßungsbogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie.

Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können. Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden und eine optimale und schonende Behandlung zu gewährleisten, bitten wir Sie alle folgenden Fragen gewissenhaft zu beantworten.

Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht!

Personendaten:

Name, Vorname Patient: _____ Geburtsdatum: _____

Name, Vorname Versicherter: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ eMail: _____

Beruf: _____ Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung:

Bei Privatversicherung: Beihilfe Standardtarif Basistarif

Hauszahnarzt: _____ Hausarzt: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung meines Zahnarztes Empfehlung von Bekannten Internet Sonstiges

Behandlungswünsche:

Narkose / Schlafnarkose Musik / Videofilm zur Behandlung Sonstiges _____

Gesundheitsdaten:

Herz-Kreislaufkrankungen:

Hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Herzfehler ja nein
Herzinfarkt ja nein
Herzklappenersatz ja nein
Endokarditis ja nein
Rhythmusstörungen ja nein
Sonstiges ja nein

Stoffwechsel:

Zuckerkrankheit ja nein
Schilddrüsenerkr. ja nein
Sonstiges ja nein

Infektionskrankheiten:

Tuberkulose ja nein
Hepatitis A, B, C ja nein
HIV / AIDS ja nein

Gefäßkrankungen:

Schlaganfall ja nein
Thrombosen ja nein
Sonstiges ja nein

Blut:

Gerinnungsstörungen ja nein
häufiges Nasenbluten ja nein
Nachblutungen ja nein

Atemwege / Lunge:

Asthma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Chronische Bronchitis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schlafapnoe	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schnarchen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sonstiges	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Leber:

Lebererkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
-------------------	--------------------------	----------------------------

Nieren:

Dialyse	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sonstiges	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Tumorerkrankungen:

Welche Körperregion? _____		
Chemotherapie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bestrahlung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Gerinnungshemmende Medikamente:

Aspirin / ASS	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Marcumar	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Clopidogrel / Plavix	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Heparin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Xarelto	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sonstige	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Immunsystem:

Cortison-Therapie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Organtransplantation	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Schwangerschaft:

bestehend	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
unsicher	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Allergien:

Medikamente	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Jod	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Latex	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Knochen:

Osteoporose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Rheuma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Regelmäßige Medikamenteneinnahme:

Blutdrucksenker	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzmedikamente	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
„Antibabypille“	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Psychopharmaka	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zuckermedikamente	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sonstige	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Wir arbeiten mit einem der modernsten EDV-Planungssysteme und können Ihnen so kurze Wartezeiten garantieren. Wir möchten Sie aber darauf hinweisen, dass Sie diesen Service nur dann perfekt nutzen können, wenn Sie die Termine einhalten, bzw. rechtzeitig vorher umbuchen. Wir erlauben uns für unentschuldig versäumte Termine evtl. eine Ausfallgebühr für den Termin zu berechnen. Die Rechnungsstellung bei privatversicherten bzw. beihilfeberechtigten Patienten erfolgt nach der aktuell geltenden Gebührenordnung.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre Versicherung bzw. Beihilfe je nach Ihrem Vertrag eventuell nicht den vollen Betrag erstattet. In diesem Fall tragen Sie den Differenzbetrag.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten gemäß den gesetzlichen Vorgaben (Art. 7 Abs. 3 DSGVO) einverstanden. Hiermit erkläre ich mich mit der Übermittlung/dem Austausch von Befunden, Röntgenbilder, Arztbriefen etc. an den/vom Hausarzt/Hausarzt etc. einverstanden. Gegenüber Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern ist die Praxis von der Schweigepflicht entbunden.

Ich versichere mit meiner Unterschrift den Text verstanden zu haben und die Korrektheit meiner Angaben.

(Datum)

(Unterschrift, Patient ab dem 18. Lebensjahr oder gesetzlicher Vertreter)