



Patientenaufnahmebogen Erwachsene

Patient	
Name	
Vorname	
Geb.-Datum	
Straße	
PLZ/Ort	
Tel.	
Tel.Geschäftlich	
Mobil	
E-Mail	
Beruf	

Versicherter	
<i>Nur ausfüllen, wenn Sie in einer Familienversicherung mitversichert sind.</i>	
Name	
Vorname	
Geb.-Datum	
Straße	
PLZ/Ort	
Tel.	
Tel.Geschäftlich	
Mobil	
E-Mail	
Beruf	

Gesetzl. Krankenkasse		Zusatzversicherung	
Private Krankenkasse		Beihilfe	Standardtarif

Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen	Ja	Nein	Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen	Ja	Nein
Allgemeinmedizin					
Hausarzt			Allergien Welche?		
Blutdruck hoch			Osteoporose		
Blutdruck niedrig			Schlaganfall		
Herzerkrankung Welche?			Tumorerkrankungen Welche?		
Herzschritmacher			Besteht eine Schwangerschaft?		
Endokarditisprophylaxe			Medikamente Welche?		
Blutgerinnungsstörungen (Blutverdünner)			Nehmen/Haben Sie Bisphosphonate eingenommen?		
Diabetes			Sonstige Krankheiten? Welche?		
Lungenerkrankungen (Asthma)					
Schilddrüsenerkrankungen					
Nierenerkrankung?					
Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV, Tbc) Welche?					
Zahnmedizin					
Vorbehandler (Zahnarzt)					
Was ist ihr Hauptanliegen?					
Wurden Sie weiterempfohlen?					
Von wem?					
Gab es bei zahnärztliche Behandlungen Probleme?					
Welche?					



Zahnarztpraxis Stephan Hoffmann

Spezielle Anamnese			
Sind in den letzten 6 Monaten Röntgenaufnahmen von Ihren Zähnen gemacht worden?	Ja	Nein	
Rauchen			
Rauchen Sie?	Ja	Nein	
Wenn ja, wie viel?			
Haben Sie geraucht?	Ja	Nein	
Funktion			
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	Ja	Nein	
Haben Sie sonstige Angewohnheiten, wie z.B. Zungenbeißen, Zungenpressen, Wangenbeißen oder Wangensaugen?	Ja	Nein	
Haben Sie häufiger Verspannungen, Kopf-, Gesichts- oder Ohrenschmerzen?	Ja	Nein	

Datum _____

Unterschrift _____

Datenschutz:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

- Erfassung der Stammdaten
- Leistungsabrechnung mit der gesetzlichen Krankenkasse
- Erfassung der Gesundheitsdaten

durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum _____

Unterschrift _____



Hinweise zu unserem Praxisservice und Praxisablauf:

Bestellsystem

Um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen, behandeln wir nach verbindlich vorgemerkten Terminen. Erscheinen Sie deshalb bitte pünktlich zu dem für Sie reservierten Zeitpunkt – auch wir werden bemüht sein, diesen einzuhalten. Wir sind bestrebt die Behandlungen ohne Zeitdruck durchzuführen. Sollten sich dennoch Verzögerungen ergeben, haben Sie bitte Verständnis dafür, dass sich der Zeitaufwand für zahnärztliche Behandlungen nur bedingt vorausplanen lässt.

Terminversäumnisse

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt.

Wir bitten Sie reservierte Termine, die aus gesundheitlichen, beruflichen oder persönlichen Gründen nicht eingehalten werden können, rechtzeitig abzusagen.

Bitte haben Sie Verständnis, wenn wir Ihnen für nicht eingehaltene Termine, die nicht **24** Stunden vorher abgesagt werden, eine Rechnung in Höhe der Ausfallzeit, je angefangene Stunde stellen werden.

Falls Sie uns nicht persönlich erreichen sollten, haben Sie die Möglichkeit, uns eine Nachricht auf unserem Anrufbeantworter zu hinterlassen oder eine E-Mail zu senden.

Zur Kenntnis genommen:

_____ Datum

_____ Unterschrift

Zur besonderen Beachtung

Anästhesiemittel (Injektionen) können Ihre Fahrtüchtigkeit grundsätzlich beeinträchtigen. Bitte stellen Sie sich bei Ihren Behandlungsterminen darauf ein.

Prophylaxe – in aller Munde!

Sie können in unserer Praxis ein individuelles Prophylaxeprogramm in Anspruch nehmen, abgestimmt auf Ihren Zahnzustand und Kariesanfälligkeit. Diese Leistungen sind Privatleistungen und werden nur zum Teil von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Über die Kosten werden Sie entsprechend informiert. Wünschen Sie darüber ausführlichere Informationen? () ja

Recall

Im Recall bieten wir an, dass wir Sie an Ihren nächsten Vorsorge- oder Kontrolltermin erinnern. Wenn Sie diesen Service nutzen wollen, tragen Sie bitte unten ein, auf welche Art Sie informiert werden wollen.

E-Mail: _____
Telefon: _____
Brief _____

Datum: Berlin, den ____ . ____ . ____ Unterschrift: _____