



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Um Ihnen einen erfolgreichen Behandlungsverlauf zu ermöglichen, benötigen wir Ihre Hilfe.
 Bitte füllen Sie hierzu diesen Bogen auf der Vor- und Rückseite sorgfältig aus.

	Patient/-in	Versicherte/-r*
Nachname und Geburtsname		
Vorname, ggf. Titel		
Geburtsdatum und Ort		
Postleitzahl und Wohnort		
Straße und Hausnummer		
Krankenkasse /-versicherung		
Telefon privat / mobil		
E-Mail		
Telefon beim Arbeitgeber		
Beruf		

**Wenn Sie nicht selbst versichert sind, geben Sie bitte auch die Personalien des Versicherten in der rechten grauen Spalte an.*

Haben Sie eine **private Zahnzusatzversicherung**? Ja Nein

Falls Sie verbeamtet sind, sind Sie in diesem Fall **beihilfeberechtigt**? Ja Nein
 Falls ja, fordern Sie bitte an der Rezeption die speziellen „Hinweise für Beihilfe-Patienten“ an.

Gelten für Sie **besondere Abrechnungsvorschriften**? Ja Nein
 Dies gilt z.B. für die Privatversicherung im sogenannten Standardtarif, im Basistarif sowie bei Versicherungen wie der KVB, Postbeamtenkassen und einige weitere. Falls dies auf Sie zutrifft, geben Sie bitte auch dem Behandler Bescheid, da wir Ihnen in diesen Fällen für einige Behandlungen zuvor einen Kostenvoranschlag erstellen müssen und sonst eine Berechnung ohne Beachtung der besonderen Abrechnungsvorgaben stattfindet.

Erklärung für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse: Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse und verpflichte mich, für das jeweilige Quartal die Krankenversichertenkarte innerhalb von 10 Tagen vorzulegen. Mir ist bekannt, dass andernfalls für die Behandlung eine private Berechnung erfolgt.

Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten zur Weitergabe von Behandlungsunterlagen an den überweisenden Zahnarzt bzw. überweisenden Arzt und an den Hauszahnarzt bzw. Hausarzt sowie und zur Durchführung von Recall-Erinnerungen: Hiermit stimme ich zu, dass mein mich behandelnder Kieferchirurg / Oralchirurg meine Behandlungsunterlagen, wie z.B. Röntgenbilder, Befunde und Arztbriefe, an die oben aufgeführten Stellen weitergeben darf. Dies kann auf folgenden Wegen geschehen: per Brief, per Telefon, auf Datenträger (z.B. CD, DVD, USB-Stick) und E-Mail (verschlüsseltes und / oder anonymisiertes Verfahren). Diese Einverständniserklärung kann durch Durchstreichen der Zustimmung und jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen werden. Ich bin damit einverstanden, dass ich zum Zwecke von Terminerinnerungen und Vorsorgeuntersuchungen von der Praxis per Telefon, Post oder E-Mail kontaktiert werde. Ich hatte Gelegenheit, die Patienteninformation der Praxis zum Datenschutz gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) einzusehen und zu erhalten. Die personenbezogenen Daten werden mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung entsprechend den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes verarbeitet. Ich erkläre, dass ich alle Angaben freiwillig gemacht habe.

Aachen, den

.....
 Unterschrift Patient/-in

.....
 Unterschrift und Name Sorgeberechtigte/-r

Fragen zur Krankengeschichte (Bitte sorgfältig ausfüllen)

Überweisender Kollege (Zahnarzt oder Arzt)

Hausarzt

Adresse

Gewicht

kg

Größe

cm

Dauerhaft einzunehmende Medikamente:
(vorzugsweise Medikationsplan abgeben)

↓ Sollte eine der nachfolgenden Fragen auf Sie zutreffen, machen Sie bitte weitere Angaben hinter dem „Ja.“ ↓

Allergien oder Arzneimittelüberempfindlichkeiten? Ja: Nein

Gerinnungsstörung oder Blutkrankheit?
(Blutarmut, Anämie, Gerinnungsstörungen) Ja: Nein

Einnahme von Blutverdünnern?
(z.B. ASS, Xarelto, Eliquis, Marcumar, Clexane, Plavix)? Ja: Nein

Herzkrankheiten (Infarkt, Angina pectoris, Schrittmacher) Ja: Nein

Blutdruckveränderungen (hoch, niedrig, Kollapsneigung) Ja: Nein

Haben Sie eine künstliche Herzklappe, einen Herzfehler
oder Organtransplantat? Ja: Nein

Schilddrüsenerkrankungen (Über- oder Unterfunktion) Ja: Nein

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) Ja: Nein

Anfallsleiden (Epilepsie) Ja: Nein

Augenerkrankungen (Glaukom, grüner Star) Ja: Nein

Nierenerkrankungen? Wenn Ja, welche? Ja: Nein

Lungenerkrankungen (z. B. auch Asthma) Ja: Nein

Magen-Darmerkrankungen (Geschwür, Tumor) Ja: Nein

Rheuma Ja: Nein

Osteoporose Ja: Nein

Wurden Sie mit Bisphosphonaten (Medikamente bei
Knochenmetastasen oder Osteoporose) behandelt?
Wenn Ja: welches, Dosierung und von wann bis wann? Ja: Nein

Nervenerkrankungen (Depression, Nervosität) Ja: Nein

Krebs (Tumorerkrankungen) Ja: Nein

Sind Sie schon einmal mit Strahlen behandelt worden?
(z. B. im Rahmen einer Krebsbehandlung) Ja: Nein

Sind Sie Raucher? Seit wann? Wie viel pro Tag? Ja: Nein

Haben oder hatten Sie Gelbsucht (Hepatitis A, B, C)? A B C Nein

Haben Sie eine HIV-Infektion, Tuberkulose oder
chronische Infektionskrankheiten? Ja: Nein

Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche? Ja: unklar Nein

Sollten wir sonst noch etwas bezüglich Ihrer Gesundheit
wissen, das in den obigen Fragen nicht erfasst ist?

Aachen, den

.....
Unterschrift Patient/-in

.....
Unterschrift und Name Sorgeberechtigte/-r