

Aufnahmebogen



M+A GÖBBELS
Zahnarztpraxis

Zahnarztpraxis

Dr. Maik Göbbels + Andrea Göbbels M.Sc.

📍 Fischerstraße 4, 02977 Hoyerswerda

☎ Tel.: 03571 - 40 41 47

✉ empfang@zahnarztpraxis-goebbels.de

🌐 www.zahnarztpraxis-goebbels.de

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien und Versicherungsstatus auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Therapie. Im Rahmen Ihrer Behandlung sind wir verpflichtet, diese zu dokumentieren und somit weitere Daten zu erheben. Informationen zur Erhebung und zum Umgang Ihrer personenbezogenen Daten sind in der Praxis einsehbar (Datenschutzerklärung nach Art. 13 DSGVO). Selbstverständlich werden diese Informationen durch unsere Praxis mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet und unterliegen der Schweigepflicht.

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Trotz allem kann es zu Zeitverzögerungen kommen, weil Schmerzpatienten in unser Bestellsystem eingebunden werden müssen. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie uns dies unverzüglich mitzuteilen, damit Ihr Termin für andere Patienten genutzt werden kann. Wir behalten uns vor, Ihnen bei unentschuldigtem Fernbleiben die Ausfallzeit in Rechnung zu stellen.

Sind Sie gesetzlich versichert, benötigen wir Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt diese uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, werden Sie als Privatpatient betrachtet und behandelt. Sie erhalten von uns in diesem Fall eine Rechnung nach der aktuellen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte entsprechend ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen.

↓ ↓
ja **nein**

Patient: <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Kind	Vorname, Name	geb. am		
Anschrift:	Straße, Hausnummer			
	PLZ, Ort			
Gesetzlicher Vormund / Erziehungsberechtigter – sofern Notwendig:	Vorname, Name			
	Straße, Hausnummer			
	PLZ, Ort			
Telefon:	Privat, Mobil	Arbeit		
Krankenkasse/Versicherg.:				
Haben Sie eine private Zusatzversicherung?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie beihilfeberechtigt?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie nach dem Standardtarif privat versichert?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unser SMS- Service erinnert Sie an Ihre Termine. Sie möchten diesen Service widerruflich nutzen.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten (Datenschutzerklärung nach Art. 13 DSGVO) zur Kenntnis genommen und keine weiteren Fragen.			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freiwillige Angaben:	E-Mail-Adresse			
	Beruf / Tätigkeit			
	Arbeitgeber			
	Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?			
	<input type="radio"/> Empfehlung <input type="radio"/> Internet/Suchmaschine <input type="radio"/> Sonstiges			

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte entsprechend ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen.

		↓	↓
		ja	nein
Ärztliche Behandlung:	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?		
Hausarzt / Facharzt:	Name		
	Telefon		
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?		
Allergien: Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?		
	Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Herzasthma, Angina Pectoris?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Herzinfarkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kreislaufferkrankungen:	Zu hoher Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Zu niedriger Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vegetative Erkrankungen:	Ohnmachtsanfälle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Magen-Darmerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkrankungen Nervensystem:	Epileptiforme Anfälle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Krämpfe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheiten:	Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A/B/...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tuberkulose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Wurde bei Ihnen ein Aids-Test durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Wenn ja, mit welchem Ergebnis? <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ		
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Blutarmut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weitere Erkrankungen:		
Sonstiges:	Sind Sie Raucher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-/Zahnbereich geröntgt?	Wenn ja, wo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwangerschaft?	Wenn ja, in welchem Monat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Bitte teilen Sie uns Änderungen zu den oben gemachten Angaben unverzüglich mit.

Ich habe die Ausführungen auf dem Aufnahmebogen verstanden und bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

..... Datum

X

..... Unterschrift