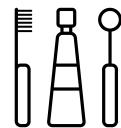


Aufnahmebogen



M+A GÖBBELS
Zahnarztpraxis

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).

Zentrum für sanfte & erhaltende Zahnmedizin
Dr. Maik Göbbels + Andrea Göbbels M.Sc.

Fischerstr. 4, 02977 Hoyerswerda
 Tel.: 03571-404147
 empfang@zahnarztpraxis-goebbel.de
 www.zahnarztpraxis-goebbel.de



Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte entsprechend ankreuzen bzw. ausfüllen.

ja **nein**

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



Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte entsprechend ankreuzen bzw. ausfüllen.

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

Ärztliche Behandlung:		Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?			
Hausarzt / Facharzt:		Name: _____	Telefon: _____		
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? z.B. Bisphosphonate, Blutverdünner					
Allergien: Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?					
Herzerkrankungen:		Besitzen Sie einen Allergiepass? Herzschwäche (Insuffizienz)? Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? Herzasthma, Angina Pectoris? Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? Herzinfarkt?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Kreislauferkrankungen:		Zu hoher Blutdruck? Zu niedriger Blutdruck?	<input type="radio"/>		
Vegetative Erkrankungen:		Ohnmachtsanfälle?	<input type="radio"/>		
Endoprothesen:		Haben Sie künstliche Gelenke (Knie, Hüfte)?	<input type="radio"/>		
Stoffwechselerkrankungen:		Zuckerkrankheit (Diabetes)? Bitte angeben HBAC1- Wert: Magen-Darmerkrankungen? Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="radio"/>		
Erkrankungen Nervensystem:		Epileptiforme Anfälle, Krämpfe? Unklare Schmerzzustände, Neuralgien?	<input type="radio"/>		
Infektionskrankheiten:		Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? Tuberkulose? Wurde bei Ihnen ein Aids-Test durchgeführt?	<input type="radio"/>		
Bluterkrankungen:		Wenn ja, mit welchem Ergebnis?	positiv	negativ	
Osteoporose?		Blutungsneigung (Hämophilie)? Blutarmut?	<input type="radio"/>		
Weitere Erkrankungen:					
Sonstiges:		Sind Sie Raucher? Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?	<input type="radio"/>		
Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-/Zahnbereich geröntgt?		Wenn ja, wo?	<input type="radio"/>		
Schwangerschaft?		Wenn ja, in welchem Monat?	<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: _____

Unterschrift: _____