



ROLOFF & KOLLEGEN
Oralchirurgie · Zahnimplantate

Aufnahmefragebogen Medizinisches Versorgungszentrum für Oralchirurgie und Zahnimplantate

Herzlich Willkommen. Um einen optimalen Behandlungsablauf & eine gute Erreichbarkeit zu gewährleisten, bitten wir Sie, die folgenden Fragen vollständig zu beantworten. Vielen Dank, Ihr Praxisteam!

Name, Vorname: _____ geb.am: _____
Straße/Hausnummer: _____
PLZ/Ort: _____ Telefon privat: _____
Telefon dienstlich: _____ E-Mail-Adresse: _____
Arbeitgeber: _____ Beruf: _____
Krankenkasse: _____ Basistarif? Standardtarif? Faktorbegrenzung bis: _____
 Zusatzversicherung: _____ Beihilfeberechtigt? Beihilfeergänzungstarif?
Hauptversicherter (Name, Vorname, Geburtsdatum): _____
überweisender Arzt/ Zahnarzt: _____

Verschiedene Krankheiten können Einfluss auf oralchirurgische Behandlungen nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig und geben sofern bekannt, zu den jeweiligen Erkrankungen die dazugehörigen Medikamente an.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der **ärztlichen Schweigepflicht**.

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen?

Herzerkrankung nein ja Name der Erkrankung: _____

Herz-Operation nein ja Welche OP/Wann: _____

Endokarditisprophylaxe nötig? nein ja

Herzpass vorhanden? nein ja

Herzschrittmacher vorhanden? nein ja

Blutungsneigung vorhanden? nein ja wenn ja, angeboren
(Blut ist zu dünn/oder zu dick) unbekannte Ursache
 aufgrund von Medikamenten
 Bezeichnung der Blutgerinnungsstörung

Welches Medikament: _____

Blutdruck normal zu niedrig zu hoch

Welches Medikament: _____

Zuckerkrankheit nein ja Typ, Welches Medikament: _____

Schilddrüsenerkrankung nein ja Name der Erkrankung: _____

Welches Medikament: _____

Bitte füllen Sie die nächste Seite aus.



ROLOFF & KOLLEGEN

Oralchirurgie · Zahnimplantate

- HIV** nein ja Welches Medikament: _____
- Hepatitis** nein ja Welche Form: _____
Welches Medikament: _____
- Tuberkulose** nein ja Seit wann: _____
Welches Medikament: _____
- andere Infektionskrankheiten** nein ja Name der Erkrankung: _____
Welches Medikament: _____
- Lungenerkrankung** nein ja Name der Erkrankung: _____
Welches Medikament: _____
- Lebererkrankung** nein ja Name der Erkrankung: _____
Welches Medikament: _____
- Nierenerkrankung** nein ja Name der Erkrankung: _____
Welches Medikament: _____
- Darmerkrankungen** nein ja Name der Erkrankung: _____
Welches Medikament: _____
- Osteoporose** nein ja Welches Medikament: _____
- Nervenerkrankung** nein ja Name der Erkrankung: _____
Welches Medikament: _____
- Neigung zu Krämpfen/Epilepsie** nein ja Name der Erkrankung: _____
Welches Medikament: _____
- Neigen Sie zu Ohnmacht?** nein ja Wie äußert sich das: _____
- Rheuma** nein ja Name der Erkrankung: _____
Welches Medikament: _____

Nehmen Sie weitere, bisher nicht aufgeführte, Medikamente? _____

Sonstige Erkrankungen, die nicht aufgeführt sind? wie z. Bsp. Krebserkrankungen mit Chemotherapie o.ä. _____

Patientenname: _____

Datum: _____

Bitte füllen Sie die nächste Seite aus.



ROLOFF & KOLLEGEN
Oralchirurgie · Zahnimplantate

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? nein ja, wegen: _____

Wenn ja, bei welchem Arzt? _____

Haben Sie eine Medikamentenüberempfindlichkeit? nein ja, gegen: _____

Sonstige Allergie? nein ja Welche? _____

Sind Sie schwanger? nein ja

Anti-Baby-Pille? nein ja

Rauchen Sie? nein ja Wie viel? _____ /Tag

Wenn Sie **über** 100kg wiegen, bitten wir um Ihre Gewichtsangabe: _____ kg

Sämtliche Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und bestätige hiermit die Ordnungsmäßigkeit:

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

Wir bitten, vereinbarte Termine bei Verhinderung spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Absagen aus einem wichtigen nachweisbaren Grund sind auch kurzfristig möglich (z.B. AU) Wir behalten uns vor, bei unentschuldig versäumten Terminen einen Schadensersatz in Höhe von 125€ pro halbe Stunde geltend zu machen. Rechnungsempfänger werden darauf hingewiesen, dass die Abrechnung im Allgemeinen über einen externen Abrechnungsservice erfolgt und nicht bezahlte Forderungen ggf. an Inkassounternehmen und/oder Rechtsbeistände weitergegeben werden. Wenn Sie eine Barzahlung wünschen, sprechen Sie uns bitte an.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Datenschutzerklärung:

Mit meiner Unterschrift erteile ich der Praxis Dr. Roloff & Kollegen die Befugnis/Erlaubnis, erforderliche Daten, Arztbriefe, Diagnostische Unterlagen, Befunde zu Medikationen und Krankheiten von Laboren und Ärzten anzufordern/ auszutauschen. Hiermit willige ich ein, zum Zwecke von Terminbestätigungen, Rückfragen der Praxis sowie Patientenzufriedenheitsbefragungen, per SMS, Brief, Telefon, FAX oder E-Mail kontaktiert zu werden.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Beantwortung von Versicherungsanfragen für Patienten mit Zusatzversicherungen, privater Krankenkasse, Beihilfe:

Sofern Sie wünschen, dass wir Versicherungsanfragen von einer privaten Versicherung / Zusatzversicherung / Beihilfe bezüglich Ihrer Kostenpläne oder bei Rückfragen zu Rechnungen beantworten und Sie bei der Durchsetzung von Erstattungsansprüchen unterstützen, wird diese zeitintensive Bearbeitung mit einer Gebühr von je 26,52€ (GOÄ75) + Auslagen je Versicherungsanfrage berechnet. Diese Kosten sollten Sie dann an Ihre Versicherung weiterreichen, da es sich ja um Auskünfte handelt, die explizit von Ihrer Versicherung angefordert werden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die oben genannten Kosten je Versicherungsanfrage übernehme und die Praxis hiermit von der Schweigepflicht gegenüber der Versicherung entbinde.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Patientenname nochmal in DRUCKBUCHSTABEN: _____