



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: _____ Geburtsort: _____
PLZ/Ort: _____ Telefon privat: _____
Telefon dienstlich: _____ E-Mail-Adresse: _____
Arbeitgeber: _____ Beruf: _____
Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung: _____

- Beihilfeberechtigt? Beihilfeergänzungstarif?
 privat normal versichert 1,0 bis 3,5-facher Gebührensatz ohne Faktoreinschränkung
 privat versichert mit Basis-/Standardtarif mit Faktoreinschränkung? = **schriftl. Nachweis vor Behandlungsbeginn nötig!**

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

Herzschrillmacher 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

nein ja, wegen:

Sind Sie in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, bei welchem Arzt? _____

Haben Sie eine Medikamentenüberempfindlichkeit? nein ja, gegen: _____

Sonstige Allergie? nein ja Welche? _____

Allergiepass vorhanden? nein ja

Allergie-Notfallset vorhanden? nein ja

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: _____

Patientenname nochmal in DRUCKBUCHSTABEN: _____