

## Aufnahmefragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in der Praxis am Bollmannbrunnen. Wir bitten Sie, damit wir Sie optimal behandeln und Sie bei Bedarf erreichen können, die folgenden Fragen vollständig zu beantworten.

Name	Vorname	Geburtsdatum
PLZ / Ort	Straße	Hausnummer
Telefon privat / Handy	Telefon dienstl.	E-Mail
Arbeitgeber	Beruf	
Überweisender Zahnarzt / Arzt	(Bei Kindern) Name, Vorname, Geburtsdatum des Hauptversicherten	
Krankenkasse	Für Privatpatienten	Basistarif

Verschiedene Krankheiten können Einfluss auf kieferchirurgische Behandlungen nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen sorgfältig. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

### Haben oder hatten Sie eine der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen?

<b>Neigen Sie zur Ohnmacht?</b>	nein	ja			<b>Zuckerkrankheit</b>	nein	ja		
<b>Blutdruckstörung</b>	nein	zu gering	zu hoch		<b>Schilddrüsenerkrankung</b>	nein	ja		
<b>Herzkrankung / Herzpass welche?</b>	nein	ja			<b>Lungenerkrankung / Atembeschwerden</b>	nein	ja		
					<b>Lebererkrankung</b>	nein	ja		
<b>Blutungsneigung (Marcumar? Heparin? Aspirin?)</b>	nein	ja			<b>Nierenerkrankung</b>	nein	ja		
					<b>Nervenerkrankung</b>	nein	ja		
<b>Infektionserkrankung: HIV</b>	nein	ja			<b>Neigung zu Krämpfen / Epilepsie</b>	nein	ja		
<b>Hepatitis</b>	nein	ja	A	B	C	andere	<b>ungewöhnliche Narbenbildung der Haut</b>	nein	ja

sonstige Erkrankungen, die nicht aufgeführt sind?

Sind Sie in ständiger ärztlicher Behandlung?      nein      ja, wegen

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein?      nein      ja, folgende

Haben Sie eine Medikamentenüberempfindlichkeit?      nein      ja, gegen

### Sonstige Allergien

Nehmen/bekamen Sie Tabletten oder Spritzen (Bisphosphonate) zur Behandlung von z.B. Osteoporose oder Knochenmetastasen?      nein      ja

(Bisphosphonate z.B.: Zometa, Aredia, Bonviva, Bondronat, Fosamax, Fosavance, Skelid, Bonefos, Didronel, Diphos)

Wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monaten Zahn-, bzw. Kieferröntgenaufnahmen gemacht?      nein      ja

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?      nein      ja      Rauchen Sie?      nein      ja, wie viel?      / Tag

Bitte beachten Sie folgende Hinweise: Wir bitten, vereinbarte Termine bei Verhinderung, möglichst frühzeitig abzusagen. Wir behalten uns vor, bei unentschuldig versäumten Terminen einen Schadensersatz geltend zu machen. Nach Behandlungen in Lokalanästhesie bzw. Vollnarkose untersagt der Gesetzgeber die aktive Teilnahme am Straßenverkehr (Autofahren). Für Rechnungsempfänger weisen wir darauf hin, dass bei Zahlungsverweigerung ggf. ein Inkassobüro beauftragt wird.

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung  
für die Verarbeitung personenbezogener  
Patientendaten gemäß Art. 6.7 Abs. 1 lit. a  
DSGVO

Oralchirurgie am Bollmannbrunnen  
Mario Augustin  
Fachzahnarzt für Oralchirurgie  
Hauptstraße 22  
14776 Brandenburg an der Havel

Patient/in:

Name, Vorname in  
Druckbuchstaben

Geburtsdatum

Adresse in Druckbuchstaben

Ich stimme hiermit der Erhebung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der zahnärztlichen Behandlung und Prävention, sowie aller dazu notwendigen organisatorischen Maßnahmen und die Verarbeitung der Daten, durch die von der Praxis beauftragten Dienstleister, zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch eine E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der auf Grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2. DSGVO).

Die Datenschutzerklärung kann an der Rezeption eingesehen werden.

Ort, Datum

Unterschrift