

Aufnahmebogen Praxis Dr. med. Uwe Sander

Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie, Plastische & Ästhetische Operationen
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, Herzlich Willkommen.
Wir bitten Sie, damit wir Sie optimal behandeln und Sie bei Bedarf erreichen können, die folgenden Fragen sorgfältig und genau zu beantworten.

..... Name Vorname geb. am
..... PLZ/ Ort Strasse Hausnummer
..... Telefon/ privat Handy E-mail	
..... Arbeitgeber Beruf Telefon dienstlich
..... Überweisender Zahnarzt/ Arzt Name, Vorname, Geburtsdatum des Hauptversicherten	
..... Krankenkasse	<input type="radio"/> Zusatzversicherung	<input type="radio"/> Basistarif <input type="radio"/> Beihilfe

Verschiedene Krankheiten können Einfluß auf kieferchirurgische Behandlungen nehmen. Deshalb benötigen wir Informationen über Ihren Gesundheitszustand. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen?

Neigen Sie zur Ohnmacht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Blutdruckstörung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zu niedrig <input type="checkbox"/> zu hoch	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Herzerkrankung/Herzpass	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Lungenerkrankung/Atembeschwerden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
welche?.....		Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
(Marcumar? Plavix? Heparin? Aspirin?)		Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Infektionserkrankungen: HIV	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Neigung zu Krämpfen/Epilepsie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hepatitis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	ungewöhnliche Narbenbildung der Haut	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
wenn ja, welche Art?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> andere		
TBC	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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 Allergie:.....

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, Bonfos, Didronel, Diphos)

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

Rauchen Sie? nein ja, wie viel? /Tag

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? nein ja

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

Wir bitten, vereinbarte Termine einzuhalten und bei Verhinderung, möglichst frühzeitig abzusagen. Da unsere Patienten ausschließlich mit Terminvereinbarung behandelt werden, sind entsprechende Behandlungszeiten reserviert.

Bei versäumten nicht abgesagten oder sehr kurzfristig abgesagten Terminen behalten wir uns vor, 150€ pro halber Stunde als Schadensersatz in Rechnung zu stellen.

Nach Behandlungen in Lokalanästhesie bzw. Vollnarkose ist die Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt und die aktive Teilnahme am Straßenverkehr (Autofahren) sollte unterbleiben.

Ich habe die ausgelegten Informationen zum Datenschutz gelesen und stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den beschriebenen Zweck durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Hiermit willige ich ein, dass meine behandelnde Ärztin/ mein behandelnder Arzt die erhobenen Patientendaten verarbeiten darf und mit den mitbehandelnden Kolleginnen und Kollegen sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person austauschen darf, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Diese Einwilligung umfasst auch vertretungshalber die Kolleginnen und Kollegen sowie das Personal der Praxisgemeinschaft Q213.

Sollten Sie Röntgenbilder von Ihrem Zahnarzt per E-Mail erhalten haben, senden Sie uns diese bitte vorab an: mkg@drsander.berlin

Möchten Sie für die Operationstermine eine Terminerinnerung per E-Mail durch die Praxis Dr. Sander erhalten?

JA NEIN

Möchten Sie, für eventuell anfallende Privatleistungen, die Rechnung per Mail erhalten?

JA NEIN

E-Mail in Druckbuchstaben

Berlin, _____

Datum

Unterschrift