



Pat.Nr.: \_\_\_\_\_

Hain

Kap

Has

## Anmeldebogen

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in der Praxis für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie Bamberg!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken und unsere Praxis aufgesucht haben. Im Interesse einer möglichst sicheren und reibungslosen Behandlung, bitten wir Sie, die Fragen möglichst genau und vollständig zu beantworten und die erforderlichen Einwilligungen zu unterzeichnen. Aus Gründen der medizinischen und rechtlichen Sicherheit ist dies dringend erforderlich.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Name Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Handy-Nummer \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

@ \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Name des Mitgliedes \_\_\_\_\_

Geb. des Mitgliedes \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

### Bei minderjährigen Patienten:

Gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_ geb: \_\_\_\_\_

Sind Sie im Basistarif versichert? (Privat Patienten)

Ja, Faktor \_\_\_\_\_

Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Ja

Nein

Für welche Leistungen? \_\_\_\_\_

(Bei Privatpatienten) Rechnung an: \_\_\_\_\_

### Ihre behandelnden Ärzte:

Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Liegt eine Schwangerschaft vor?  Ja  Nein

Woche: \_\_\_\_\_

Liegt ein Pflegegrad vor?  Ja  Nein

Pflegestufe: \_\_\_\_\_

### Covid-19 Impfstatus:

nicht geimpft  1. Impfung  2. Impfung  vollständig geimpft (14 Tage nach letzter Impfung)

3. Impfung (Booster) (14 Tage nach letzter Impfung)  genesen

### Leiden Sie unter einer der folgenden Krankheiten (zutreffendes bitte ankreuzen):

Herz-Kreislaufkrankung  Ja  Nein

Depression/Angstzustände  Ja  Nein

Hoher Blutdruck  Ja  Nein

Diabetes  Ja  Nein

Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein

Magen-Darmerkrankungen  Ja  Nein

Ohnmachtneigung  Ja  Nein

Rheuma  Ja  Nein

Herzpass  Ja  Nein

Schilddrüsen Erkrankung  Ja  Nein

Asthma  Ja  Nein

Nierenerkrankungen  Ja  Nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein

▼ **Bitte wenden!** ▼

### Infektionskrankheiten

Hepatitis  Ja  A  B  C  
 Nein  
HIV  Ja  Nein  
Tuberkulose  Ja  Nein

### Allergien

Latex  Ja  Nein  
Allergiepass  Ja  Nein  
Antibiotika  Ja  Nein  
Sonstige \_\_\_\_\_

### Tumorerkrankungen

Chemotherapie  Ja  Nein  
Bestrahlung  Ja  Nein

### Augenerkrankungen

Glaukom / grüner Star  Ja  Nein  
Katarakt / grauer Star  Ja  Nein

### Knochenerkrankungen

Bisphosphonatbehandlung  Ja  Nein

### Suchtmittelkonsum

Alkohol regelmäßig  Ja  Nein  
Drogen regelmäßig  Ja  Nein  
Zigaretten  < 10 pro Tag  > 10 pro Tag

Sind Sie z. Zt. in stationärer Behandlung ?  Ja  Nein Krankenhaus \_\_\_\_\_

Sonstige/Frühere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (Aspirin / ASS / Marcumar)?  Ja  Nein

Nehmen Sie sonstige Medikamente? Welche: \_\_\_\_\_

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? \_\_\_\_\_

Welches Organsystem / Körperteil? \_\_\_\_\_

### Einwilligungen zur Datenweitergabe, Abrechnung und Recall-Service

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten / Befunde durch die Praxis für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an den von mir genannten behandelnden Zahnarzt, Hausarzt, weiterbehandelnden Arzt zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden. Ferner bin ich damit einverstanden, dass bei meinem behandelnden Zahnarzt / Hausarzt / weiterbehandelndem Arzt Befunde, soweit diese für meine Behandlung in der Praxis für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie erforderlich sind, durch die Praxis angefordert werden können. Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen.

Ich möchte den Recall Service der Praxis **NICHT** in Anspruch nehmen.  
Bitte erinnern Sie mich **nicht** regelmäßig (telefonisch oder per E-Mail) an einen Nachsorgetermin zur Untersuchung und/oder Behandlung.

### **Erläuterungen und Hinweise:**

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach Dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitten wir Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten. Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher freigegebene Termine werden daher in Rechnung gestellt.

Kosten für Atteste betragen 12,00 €/Seite und müssen vom Patienten/Patientin übernommen werden.

Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Sie sind zu finden unter:  
<https://kieferchirurgiebamberg.de/patienteninformation-zum-datenschutz>

**Ich kann die oben gegebenen Einwilligungen jederzeit einzeln oder in Summe mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Hierzu reicht eine kurze Info an o.g. Adresse.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Patient/Zahlungspflichtiger oder dessen gesetzlicher Vertreter