



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: _____

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

Zurzeit bestehende Krankheiten

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 Nein

A **B** **C**

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? _____

Erläuterungen und Hinweise:

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. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden!

Um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungsaufwand so gering wie möglich. Deshalb haben wir die Abrechnung an unseren Partner Health AG, Hamburg übertragen. Health AG verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit.

Ich bin einverstanden mit der Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus der Behandlung erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus den Patientenunterlagen (Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Befunde, Behandlungsdaten und – Verläufe usw.), an die Health AG sowie mit der dort erfolgenden Speicherung.

Ich bin einverstanden mit der Rechnungsstellung durch die Health AG in eigenem Namen und auf eigene Rechnung.

Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

<https://kieferchirurgiebamberg.de/#datenschutz>

Teilnahme an unserem Erinnerungssystem:

Nach der aktiven Behandlungsphase bieten wir Ihnen einen speziellen Service zur Nachsorge an, bei der Sie kontinuierlich und individuell an Ihren Kontrolluntersuchungstermine erinnert werden.

Ich möchte den Recall Service der Praxis in Anspruch nehmen.

Bitte erinnern Sie mich regelmäßig an einen Nachsorgetermin zur Untersuchung und/oder Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Patient/Zahlungspflichtiger oder dessen gesetzlicher Vertreter