



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 reibungslosen Behandlung, bitten wir Sie, die Fragen möglichst genau und vollständig zu beantworten.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtstag: _____ Krankenkasse: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon/ Handy Nummer: _____ E-Mail: _____@_____

Arbeitgeber: _____ Beruf: _____

Zahnarzt: _____ Anschrift: _____

Hausarzt: _____ Anschrift: _____

Bei minderjährigen Patienten und Patienten, die betreut werden:

Gesetzlicher Vertreter: _____ Geburtsdatum: _____

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

Ja Nein

Liegt eine Schwangerschaft vor? Ja Nein

Woche: _____

Liegt ein Pflegegrad vor? Ja Nein

Pflegestufe: _____

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

Herzschrittmacher? Ja Nein

Magen-Darmerkrankungen Ja Nein

Herzinfarkt Ja Nein

Ohnmachtsneigung Ja Nein

Schlaganfall Ja Nein

Rheuma Ja Nein

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein

Asthma Ja Nein

Schilddrüsen Erkrankung Ja Nein

Nierenerkrankungen Ja Nein

Haben Sie einen Herzpass? Ja Nein

Haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Infektionskrankheiten

Hepatitis Ja A B C
 Nein

Allergien

Latex Ja Nein

HIV Ja Nein

Antibiotika Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Sonstige _____

▼ Bitte wenden! ▼

Tumorerkrankungen

Chemotherapie Ja Nein

Bestrahlung Ja Nein

Knochenerkrankungen

Bisphosphonat Behandlung Ja Nein

Osteoporose Ja Nein

Suchtmittelkonsum

Alkohol Ja Nein

Drogen Ja Nein

Zigaretten < 10 > 10 pro Tag

Nein

Sind Sie z. Zt. in stationärer Behandlung? Ja Nein

Krankenhaus: _____

Sonstige/Frühere Erkrankungen:

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?

(ASS / Marcumar / Eliquis / Xarelto / Pradaxa usw.) Ja Nein

Welchen anderen Medikamenten nehmen Sie? _____

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? _____

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.

Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Sie sind zu finden unter:
<https://kieferchirurgiebamberg.de/wp-content/uploads/2024/06/patienteninformation-datenschutz.pdf>

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