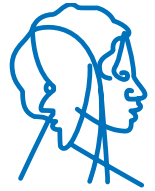


Aufnahmefragebogen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in der Praxisgemeinschaft Kurfürstendamm 213. Wir bitten Sie, damit wir Sie optimal behandeln und Sie bei Bedarf erreichen können, die folgenden Fragen vollständig zu beantworten. Hier arbeiten mehrere Einzelpraxen zusammen. Bitte kreuzen Sie an, in welche Praxis Sie überwiesen wurden:

- Dr. med. Uwe Sander
 Dr. Eva-K. Essig MSc.

- Dr. Dr. Anthofer & Dr. Dr. Jaresch

Name	Vorname	geb. am
PLZ/Ort	Straße	Hausnummer
Telefon privat / Handy	Telefon dienstl.	E-Mail
Arbeitgeber	Beruf	
Überweisender Zahnarzt / Arzt	Name, Vorname, Geburtsdatum des Hauptversicherten	
Krankenkasse	Für Privatpatienten	<input type="checkbox"/> 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?

- | | | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Neigen Sie zur Ohnmacht? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Zuckerkrankheit | <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 |
| Herzkrankung/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 | |
| A B C 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

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 unentschuldigtem Versäumen 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.

.....
Datum

.....
Unterschrift