



AUFNAHMEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, dieser Fragebogen ist eine **wichtige Information** für Ihren Arzt/ Zahnarzt. Er dient zur Beschleunigung Ihrer Behandlung und zur Vereinfachung der notwendigen Büroarbeit und verbleibt in Ihren Akten. Die Angaben unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht** und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung **Ihrem** Gesundheitszustand anzupassen.

Bitte beantworten Sie die nachstehend aufgeführten Fragen in Ihrem Interesse genau:

Patient:	Hauptversicherter/ Rechnungsempfänger: wenn Patient unter 18 Jahre
NAME:	NAME:
VORNAME:	VORNAME:
GEBURTSNAME:	GEBURTSNAME:
GEB.-DATUM:	GEB.-DATUM:
GEBURTSORT:	GEBURTSORT:
STRASSE:	STRASSE:
PLZ+ORT:	PLZ+ORT:
TEL: privat: beruflich: Handy:	TEL: privat: beruflich: Handy:
E-MAIL:	E-MAIL:
Wer ist Ihr Arbeitgeber - welchen Beruf üben Sie aus?	
Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?	
Gesetzlich:	
Private Versicherung:	<input type="checkbox"/> Post A <input type="checkbox"/> KVB III <input type="checkbox"/> Post B <input type="checkbox"/> Basis Tarif <input type="checkbox"/> Studententarif
Name Ihres Zahnarztes	Name Ihres Hausarztes
Dr.: _____	Dr.: _____

Es wird um die Vorlage eines **Versicherungsnachweises** (Gesundheitskarte) und /oder eines **Überweisungsscheines** gebeten, andernfalls kann gemäß der vertraglichen Bestimmungen ein **Privathonorar** erhoben werden. Ich bin mit der Übermittlung von Abrechnungsdaten an die KV, KZV, an meinen behandelnden Arzt und an Dritte, wie Labore, histologische Institute, einverstanden. Bei der Abrechnung der Privathonorare erklären Sie sich einverstanden, dass die Daten an ein Inkassounternehmen weitergegeben werden können.

Ebenso erlauben wir uns, erbrachte Privatleistungen nach ca. 14 Tagen in Rechnung zu stellen.

Mit meiner **Unterschrift auf der Rückseite entbinde** ich die Ärzte / Zahnärzte **innerhalb der Praxis Am Mühlenviertel** bezüglich meiner Behandlung von der **Schweigepflicht**.

!!! Bitte die Rückseite ausfüllen!!!



Krankenvorgeschichte (Anamnese)

Bitte **beantworten** Sie die folgenden **Fragen** sorgfältig, damit wir etwaige **Risiken** besser einschätzen können.
Zutreffendes bitte **ankreuzen** und **unterstreichen** bzw. **ergänzen**.

	Ja	Nein		Ja	Nein
Besteht bei Ihnen eine Herz-Kreislauf-Erkrankung ?			Sind Allergien /Unverträglichkeiten bekannt von:		
Zutreffendes bitte unterstreichen: (z.B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler; Herzschrittmacher; Stent; Bypass; künstliche Herzklappe)			Medikamentenallergie		
Erhöhter Blutdruck?			Pollen/ Hausstaub/ Nahrungsmittel		
Ist eine Endokarditisprophylaxe erforderlich?			Haben Sie einen Allergiepass? Bitte vorlegen		
Haben Sie einen Herz-Pass?					
Leiden Sie unter häufigen Nasenbluten, Blutergüssen, Gerinnungsstörungen ?			Besteht bei Ihnen eine Magen- Darm-Erkrankung ? Welche?		
Sind Sie zuckerkrank / Diabetiker ?			Besteht bei Ihnen eine Nierenerkrankung ?		
Nehmen Sie dafür Tabletten ein?			Dialysepflichtig?		
Spritzen Sie Insulin?			Besteht oder bestand bei Ihnen eine Krebserkrankung ?		
Besteht bei Ihnen eine Knochenerkrankung? (Osteoporose ; Tumoren)			Welche:		
Nehmen Sie Bisphosphonate ein? (z.B. Alendronsäure®, Fosamax® Bonviva®)			Erfolgte eine Chemotherapie?		
			Erfolgte eine Strahlentherapie?		
Rauchen Sie?			Besteht bei Ihnen eine Lungenerkrankung ?		
Wie viel:			(z. B. Asthma, COPD)		
Trinken Sie regelmäßig Alkohol ?			Oder:		
Wieviel?					
Nehmen Sie Drogen ?					
Welche?					
Sonstige Erkrankungen: (z.B. Multiple Sklerose; Immunerkrankungen Muskelerkrankungen; Epilepsie; Organtransplantationen, Rheuma, Depressionen; Schilddrüsenunterfunktion; Schilddrüsenüberfunktion)			Sind andere Erkrankungen bei Ihnen bekannt?		
			Lebererkrankung (z.B. Hepatitis A,B oder C) Welche?		
			Infektionskrankheit Aids / HIV		
Haben Sie häufig Schwindel- oder Ohnmachtsanfälle ?			Tuberkulose ?		
Bitte weitere Erkrankungen eintragen!			Sind Sie schwanger ?		
			Welcher Monat?		
			Stillen Sie?		
Tragen Sie bitte Ihre Medikamente ein, die Sie regelmäßig einnehmen:					

Ich nehme **keine** Medikamente ein!

Datum: _____

Unterschrift: _____