



## Aufnahmebogen

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Name des Versicherten (falls abweichend)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, HausNr.

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

\_\_\_\_\_  
TelefonNr. (Festnetz)

\_\_\_\_\_  
Mobil

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

\_\_\_\_\_  
Beruf, Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
stationär privat

\_\_\_\_\_  
Zusatzversicherung

\_\_\_\_\_  
Beihilfe

\_\_\_\_\_  
Name und Ort Ihres Zahnarztes

\_\_\_\_\_  
Name und Ort Ihres Hausarztes

\_\_\_\_\_  
Grund Ihres Arztbesuches

### **Bitte beantworten Sie folgende Fragen (das Zutreffende ankreuzen):**

1. Sind Sie auf Medikamente überempfindlich? Wenn ja, auf welche/s?  Ja  Nein  
\_\_\_\_\_
2. Haben Sie sonstige Allergien, z. B. Latex, Pflaster, Jod, etc.? Wenn ja, welche?  Ja  Nein  
\_\_\_\_\_
3. Sind Sie in ständiger ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weswegen?  Ja  Nein  
\_\_\_\_\_
4. Neigen Sie zu Nachblutungen (z. B. bei Zahnextraktionen)?  Ja  Nein
5. Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente? (z. B. Marcumar, Aspirin, ASS, Godamed, Aggrenox, Clopidogrel, Xarelto etc.) Wenn ja, welche?  Ja  Nein  
\_\_\_\_\_

6. Wann war die letzte Röntgenaufnahme im Zahn-/Kieferbereich? \_\_\_\_\_
7. Litten oder leiden Sie an folgenden Erkrankungen:
- Herzerkrankungen, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
  - Osteoporose? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
  - Lebererkrankungen, Gelbsucht, Hepatitis A/B/C? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
  - Bluterkrankheit? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
  - Ansteckende Infektionskrankheiten? (z. B. Gonorrhoe, HIV, Syphilis, MRSA, etc.)  
Welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
  - Diabetes (Zuckerkrankheit)?  Ja  Nein Insulinpflichtig:  Ja  Nein
  - Nierenerkrankungen, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
  - Lungenerkrankungen (Asthma, Tuberkulose, Bronchitis, COPD)? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- 
- Hoher Blutdruck? Werte: \_\_\_\_\_  Ja  Nein
  - Niedriger Blutdruck? Werte: \_\_\_\_\_  Ja  Nein
  - Magen-Darm-Erkrankungen, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
  - Schilddrüsenerkrankungen? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
  - Nervenkrankheiten, welche? (z. B. Epilepsie) \_\_\_\_\_  Ja  Nein
  - Psych. Erkrankungen, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
  - Tumorkrankheiten? Welche Körperregion? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
8. Sind Sie schwanger?  Ja  Nein
9. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- 
10. Wurden Sie jemals mit Röntgen-Strahlen behandelt (z. B. in Folge einer Tumorerkrankung)?  Ja  Nein
11. Haben Sie jemals knochenwirksame Medikamente genommen (z. B. Bisphosphonate)?  Ja  Nein
12. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
13. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

#### **Einwilligungserklärung zur Dokumentation**

Im Rahmen Ihrer Behandlung werden Unterlagen und gegebenenfalls Röntgenbilder und Fotos von Ihnen angefertigt. Nach Beendigung der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren sind diese Daten aufgrund der Datenschutzgesetze zu löschen. In vielen Fällen ist dies jedoch für die spätere Behandlung hinderlich. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ausdrücklich in die Dokumentation Ihrer Behandlung (inklusive Fotos etc.) und eine über die gesetzliche Aufbewahrungspflicht hinausgehende Speicherung ein. Das Recht der Praxis, Daten nach 10 Jahren zu löschen, bleibt hiervon unberührt. Bei der Kommunikation mit Ihren anderen behandelnden Ärzten und Zahnärzten kann es zum Bild und Datenaustausch (postalisch, Email, Messengerdienste, SMS, etc.) kommen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Im Rahmen unserer wissenschaftlichen Lehr- und Publikationstätigkeit werden Ihre Behandlungsdaten und Unterlagen, inklusive Röntgenbilder und Fotos, absolut anonym für Unterricht, Auswertungen und Publikationen in medizinischen und zahnmedizinischen Fachmedien verwendet. Rückschlüsse auf Sie sind zu keinem Zeitpunkt möglich. Sollten Ihre Daten statistisch verwendet werden, kann dies nur komplett anonymisiert geschehen. Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, bitten wir Sie, diesen Absatz einfach durchzustreichen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

**Ich versichere, alle Fragen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Mit der Behandlung durch die Praxisinhaber und/oder deren Mitarbeitern erkläre ich mich einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
Ansbach, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift