

# Aufnahmebogen

## Praxis Dr. Dr. B. Anthofer MSc. & dr. dr. M. Jaresch

Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie, plastische Operationen  
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen.  
Wir bitten Sie, damit wir Sie optimal behandeln und Sie bei Bedarf erreichen können, die folgenden Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten.

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

Verschiedene Krankheiten können Einfluß auf kieferchirurgische Behandlungen nehmen. Deshalb benötigen wir Informationen über Ihren Gesundheitszustand. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen?

<b>Neigen Sie zur Ohnmacht?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<b>Zuckerkrankheit/Diabetes</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Blutdruckstörung</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zu niedrig	<input type="checkbox"/> zu hoch	<b>Schilddrüsenerkrankung</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<b>Herzerkrankung/Herzpass</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<b>Lungenerkrankung/Atembeschwerden</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
welche?.....			<b>Lebererkrankung</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Blutungsneigung</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<b>Nierenerkrankung</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
(Marcumar? Plavix? Heparin? Aspirin?)			<b>Nervenerkrankung</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Infektionserkrankungen: HIV</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<b>Neigung zu Krämpfen/Epilepsie</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Hepatitis</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<b>ungewöhnliche Narbenbildung der Haut</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
wenn ja, welche Art?	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> andere		
<b>TBC</b>	<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, Bonefos, Didronel, Diphos)

Wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monaten Zahn- bzw. Kieferröntgenaufnahmen gemacht?  nein  ja

Rauchen Sie?  nein  ja, wie viel? ..... /Tag

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?  nein  ja



**Bitte beachten Sie folgende Hinweise:**

Wir bitten, vereinbarte Termine einzuhalten und bei Verhinderung, möglichst frühzeitig abzusagen. Da unsere Patienten ausschließlich mit Terminvereinbarung behandelt werden, sind entsprechende Behandlungszeiten reserviert. Wir behalten uns vor, bei unentschuldig versäumten oder zu kurzfristig abgesagten Terminen einen Schadensersatz geltend zu machen.

Nach Behandlungen in Lokalanästhesie bzw. Vollnarkose ist die Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt und die aktive Teilnahme am Straßenverkehr (Autofahren) sollte unterbleiben.

Ich habe die ausgelegten Informationen zum Datenschutz gelesen und stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den beschriebenen Zweck durch die Praxen zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Hiermit willige ich ein, dass meine behandelnde Ärztin/ mein behandelnder Arzt die erhobenen Patientendaten verarbeiten darf und mit den mitbehandelnden Kolleginnen und Kollegen sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person austauschen darf, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Diese Einwilligung umfasst auch vertretungshalber die Kolleginnen und Kollegen sowie das Personal der Praxisgemeinschaft Q213.

Sollten Sie Röntgenbilder von Ihrem Zahnarzt per E-Mail erhalten haben, senden Sie uns diese bitte vorab an: [praxis@q213-berlin.de](mailto:praxis@q213-berlin.de)

Möchten Sie für die Operationstermine eine Terminerinnerung per E-Mail durch die Praxis Dr. Dr. Anthofer & dr.dr. Jaresch erhalten?

JA  NEIN

\_\_\_\_\_  
E-Mail in Druckbuchstaben

**Aufgrund der Coronavirus-Situation müssen wir Ihnen ein paar Fragen stellen:**

1a) Wurden Sie in den letzten Tagen auf das Coronavirus getestet?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
1b) Wenn ja, wann _____		
1c) Testergebnis	<input type="checkbox"/> Positiv	<input type="checkbox"/> Negativ
2) Hatten Sie in den letzten zwei Wochen Kontakt mit einer Person, bei der eine Infektion mit dem Coronavirus bestätigt ist?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
3) Wurden Sie bereits geimpft?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
3a) Wenn ja	1. Impfung _____	2. Impfung _____
	3. Impfung _____	
4) Haben Sie im Moment		
Husten?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Fieber?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Schnupfen?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Halsschmerzen?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Geschmacks- oder Geruchsstörungen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Magen-Darm Beschwerden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Kopf-/ Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Berlin, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift