

Aufnahmebogen

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten. Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht.

Patient Nachname _____

Vorname _____ Geburtstag _____

_____ Geburtsort _____

Versicherter Nachname _____

Vorname _____ geb. _____

Anschrift _____

Straße, Nr. _____

PLZ / Ort _____

Fon (Privat) _____ Fon (Geschäftlich) _____

Fon (Mobil) _____

E-Mail _____

Beruf _____

Private Krankenversicherung Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Beihilfeberechtigt Ja Nein

Gesetzlich versichert Ja Nein

Freiwillig versichert Ja Nein

Private Zusatzversicherung Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Privatrechnung an _____

(bei Kindern bitte den Erziehungsberechtigten eintragen)

Geburtsdatum Versicherter / Rechnungsgempfänger _____

Rechnungsanschrift _____

(falls abweichend)

Was führt Sie zu uns, was ist Ihr Hauptanliegen? _____

Wichtige Hinweise

1. Vereinbarte Termine für eine Untersuchung und/oder Behandlung werden ausschließlich für Sie als unser Patient reserviert. Bei Verhinderung muss der Termin mindestens 24 Stunden zuvor abgesagt werden. Bei verspäteter Terminabsage wird die geplante Behandlung, ggf. gemäß § 615 BGB, in Rechnung gestellt.
 2. Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer Spritze nicht mehr fahrtüchtig sein können.
 3. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, auch meines Gesundheitszustandes, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.
 4. Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System, zur allgemeinen Korrespondenz sowie für die Mitteilung/Einladung über Neuigkeiten und Veranstaltungen am Zahnärztlichen Versorgungszentrum Tübingen einverstanden (falls nein, bitte streichen).
- Nur für privat versicherte Patienten:
5. Die/Der Zahlungspflichtige ist dahingehend unterrichtet worden, dass eine Erstattung durch die jeweils zuständigen privaten Kostenträger möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.
 6. Die GOZ schließt eine Gebührensaterhöhung in begründeten Einzelfällen bis zum 3,5-fachen Satz ein. Diagnostische/therapeutische Leistungen und Beratungsleistungen werden in begründeten Fällen, je nach individuellem Zeitaufwand, mit Gebührensaterhöhungen oberhalb des 3,5-fachen Satzes verrechnet.

Ich verpflichte mich, die durch die jeweils gewünschte/abgesprochene/notwendige Anamnese, Diagnostik oder Behandlung entstehenden Kosten vollständig zu erstatten.

Ort, Datum _____

Unterschrift (Patient / in) _____

Sind Sie im letzten Jahr von einem Zahnarzt geröntgt worden? Ja Nein

Name _____

Haben Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Waren Sie letztes Jahr / sind Sie z. Zt. in Behandlung? _____

Zahnarzt _____ Ja Nein

Wenn ja, warum? _____

Arzt / Facharzt _____ Ja Nein

Wenn ja, warum? _____

Fragen zur Gesundheit

ASA

Haben Sie bei Belastung Schmerzen im Brustbereich (Angina pectoris)? Ja Nein II

Wenn ja:
Müssen Sie Ihre körperliche Belastung einschränken? Ja Nein III
Haben sich die Herzbeschwerden in letzter Zeit verschlimmert? Ja Nein IV
Haben Sie bei Ruhe Brustschmerzen? Ja Nein IV

Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt? Ja Nein II

Wenn ja:
Müssen Sie Ihre körperliche Belastung einschränken? Ja Nein III
Hatten Sie innerhalb der letzten sechs Monate einen Herzinfarkt? Ja Nein IV

Haben Sie ein Herzgeräusch, einen Herzklappenfehler oder eine künstliche Herzklappe? Ja Nein II

Wenn ja:
Hatten Sie in den letzten sechs Monaten eine Operation an Ihrem Herzen oder Blutgefäßen? Ja Nein III
Hatten Sie je eine rheumatische Herzerkrankung? Ja Nein III
Müssen Sie Ihre körperliche Belastung einschränken? Ja Nein IV

Haben Sie ohne körperliche Belastung Herzklopfen oder Herzrasen? Ja Nein II

Wenn ja:
Müssen Sie während dieser Beschwerden Ihre körperliche Aktivität verringern, sich hinsetzen oder hinlegen? Ja Nein III
Werden Sie dabei kurzatmig, blass oder wird Ihnen schwindelig? Ja Nein IV

Haben Sie eine Herzmuskelschwäche? Ja Nein II

Wenn ja:
Haben Sie Atemnot, wenn Sie flach liegen? Ja Nein III
Schlafen Sie wegen Atemnot mit mehr als zwei Kopfkissen? Ja Nein II

Hatten Sie jemals einen hohen Blutdruck? Ja Nein II

Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung? Ja Nein II

Wenn ja:
Bluten Sie nach einer Operation oder Verletzung länger als eine Stunde? Ja Nein III
Bekommen Sie ohne Verletzung Blutergüsse? Ja Nein IV

Haben Sie Epilepsie (Anfallsleiden)? Ja Nein II

Wenn ja:
Hat sich Ihr Anfallsleiden verschlechtert? Ja Nein IV
Haben Sie weiterhin Anfälle? Ja Nein IV

Hatten Sie jemals einen Schlaganfall? Ja Nein II

Wenn ja:
War der Schlaganfall innerhalb der letzten sechs Monate? Ja Nein III

Haben Sie Bronchial-Asthma? Ja Nein II

Wenn ja:
Benutzen Sie dafür Medikamente und/oder Inhalationsmittel? Ja Nein III
Haben Sie heute Atemprobleme? Ja Nein IV

Haben Sie andere Schwierigkeiten mit den Lungen oder anhaltenden Husten? Ja Nein II

Wenn ja:
Sind Sie außer Atem, wenn Sie 20 Stufen hinaufsteigen? Ja Nein III
Kommen Sie beim Anziehen außer Atem? Ja Nein IV

Hatten Sie je eine allergische Reaktion gegen Penicillin, Aspirin, Pflaster oder irgend etwas anderes? Ja Nein II

Haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein
Benötigen Sie deshalb ärztliche oder Krankenhausbehandlung? Ja Nein III

Haben Sie Diabetes (Blutzucker)? Ja Nein II

Benötigen Sie Insulin? Ja Nein II
Sind Sie zur Zeit unbefriedigend eingestellt? Ja Nein III

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein II

Haben Sie derzeit eine Überfunktion? Ja Nein IV
Haben Sie derzeit eine Unterfunktion? Ja Nein III

ASA

Haben Sie eine Nierenerkrankung? Ja Nein II

Werden Sie dialysiert? Ja Nein III
Hatten Sie eine Nierentransplantation? Ja Nein III

Haben Sie eine Lebererkrankung? Ja Nein II

Haben Sie zur Zeit eine Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose, andere)? Ja Nein II

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie jemals Krebs, eine bösartige Erkrankung oder Leukämie? Ja Nein II

Wenn ja:
Hatten Sie deshalb eine medikamentöse Behandlung oder Knochenmarkstransplantation? Ja Nein III
Hatten Sie eine Strahlenbehandlung wegen eines Tumors oder Gewächses im Kopf oder Halsbereich? Ja Nein III

Leiden Sie unter Atemnot (Hyperventilation), die durch Aufregung ausgelöst wird? Ja Nein II

Hatten Sie jemals eine Ohnmacht bei (zahn-) medizinischen Eingriffen? Ja Nein II

Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____ Art der Komplikation _____

Benötigen Sie eine Antibiotika-Prophylaxe (Gabe) vor zahnärztlichen Eingriffen? Ja Nein II

Benutzen Sie zur Zeit irgendwelche verordneten oder anderen Medikamente? Ja Nein II

Wenn ja:
Herzmedikamente? Ja Nein
Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Blutverdünnung wie Marcumar, ASS, Heparin)? Ja Nein
Gegen hohen Blutdruck? Ja Nein
Aspirin oder andere Schmerzmittel? Ja Nein
Allergiemittel? Ja Nein
Gegen Diabetes (Blutzucker)? Ja Nein
Gegen Osteoporose? Ja Nein
Kortison oder entsprechende Medikamente? Ja Nein
Medikamente gegen Transplantatabstoßung? Ja Nein
Medikamente für Haut-, Darm-, oder rheumatische Erkrankungen? Ja Nein
Gegen Krebs- oder Blutkrankheiten? Ja Nein
Haben Sie Biophosphonate eingenommen? Ja Nein
Penicillin, Antibiotika, sonstige keimtötende Mittel? Ja Nein
Gegen Schlaf- oder Angststörungen, Depressionen? Ja Nein
Hormonpräparate? Ja Nein
Haben Sie jemals Drogen eingesetzt? Ja Nein
Sonstige Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie zur Zeit oder haben Sie früher geraucht? Ja Nein

Wenn ja, wieviele Zigaretten/Tag? _____ Nichtraucher seit _____

Haben Sie hormonelle Probleme? Ja Nein II

Sind Sie schwanger? (Nur für Frauen zu beantworten) Ja Nein II

Sind bei Ihnen oder in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bzw. Neigungen zu folgenden Erkrankungen bekannt?

Neigung zu Zahnfleisch-/Zahnbitterkrankungen Ja Nein
Neigung zu Osteoporose (Knochendichteprobleme) Ja Nein
Neigung zu Karies Ja Nein

Ort, Datum _____

Unterschrift (Patient/in) _____