



MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE
ZAHNIMPLANTOLOGIE
PLASTISCHE OPERATIONEN
BELEGKLINIK IM ST.VINCENZ PADERBORN

Mersinweg 22 · 33100 Paderborn
Tel. 05251 63033 · Fax 05251 63333



Aufnahmebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Dieser Fragebogen dient zur Vereinfachung der notwendigen Büroarbeit und hilft, unsere Behandlung Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand anzupassen. Er verbleibt bei Ihren Akten. Die Angaben unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht**. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gern. Bitte beantworten Sie die nachstehend aufgeführten Fragen in Ihrem eigenen Interesse genau.

Patient/-in	Hauptversicherte/-r
Name	Name
Vorname	Vorname
Geb.-Datum	Geb.-Datum
Anschrift	Anschrift
Telefon	E-Mail
Beruf	Arbeitgeber
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt
Privatversicherung/Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> stationär privat versichert
Ihr Zahnarzt	
Ihr Kieferorthopäde	
Ihr Hausarzt	
Grund der Überweisung	Empfehlung durch

Wir bitten um Vorlage Ihrer gültigen Krankenversicherungskarte, andernfalls kann gemäß der vertraglichen Bestimmungen ein Privathonorar erhoben werden.

Bei der Abrechnung der Privathonorare erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre Daten an ein Abrechnungsunternehmen weitergegeben werden können.

Eine Vereinbarung über privatärztliche/privatzahnärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung beteiligten Ärzte/Zahnärzte der Praxis.

Bitte wenden!

Fragen zum Gesundheitszustand:

	ja	nein
Haben Sie Schmerzen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wo? _____ Seit wann? _____		
Sind Sie bereits in Behandlung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden bei Ihnen kürzlich Röntgenaufnahmen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich angefertigt? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wenn ja, welche? _____		

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wenn ja, wogegen? _____ Haben Sie einen Allergie-Pass? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Gerinnungsstörung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Anfallsleiden (Krämpfe, Epilepsie)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Gehirnerkrankung (z. B. Schlaganfall, Parkinson)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Erkrankung des Herzens (z. B. Herzinfarkt, Herzklappenfehler)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Asthma oder einer Lungenerkrankung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie leberkrank oder hatten Sie eine Gelbsucht? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie zuckerkrank (Diabetes)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhielten Sie eine Bestrahlungs- oder Chemotherapie? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhielten Sie Medikamente zur Knochenstärkung (z. B. Bisphosphonat)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Bei Patientinnen) Sind Sie schwanger? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie andere schwere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Krankenhausbehandlungen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rauchen Sie? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie alkoholkrank oder nehmen Sie Drogen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine ansteckende Viruserkrankung (z. B. HIV, Hepatitis)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bin damit einverstanden, dass mitbehandelnde und vorbehandelnde Ärzte und Zahnärzte befragt und unterrichtet werden können.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das elterliche Sorgerecht für mein/unser Kind habe. Für den Fall, dass ein gemeinsames Sorgerecht besteht, bestätige ich, dass auch der andere sorgeberechtigte Elternteil mit der beschriebenen Behandlung einverstanden ist.

Datum _____

Unterschrift _____