



PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

Sehr geehrte/r Patient/in,

zur Vereinfachung der notwendigen Büroarbeiten Ihrer Behandlung bitte ich Sie, das nachstehende Formular auszufüllen und am Empfang abzugeben.

PATIENT	HAUPTVERSICHERTER
NAME	NAME
VORNAME	VORNAME
GEBURTSDATUM	GEBURTSDATUM
STRASSE	STRASSE
WOHNORT	WOHNORT
TELEFON/HANDY	TELEFON/HANDY
E-MAIL	E-MAIL
BERUF	BERUF
KRANKENKASSE	KRANKENKASSE

Ihre E-Mail-Adresse oder Handynummer möchten wir zukünftig für unseren Service nutzen, um Sie an bestehende OP-Termine zu erinnern sowie für den Recall unserer Implantat- und Tumorklienten.

Sind Sie damit einverstanden?

☐ JA ☐ NEIN

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ EMPFEHLUNG ☐ GOOGLE ☐ KI-PLATTFORM ☐ SOCIALMEDIA
☐ BEWERTUNGSPORTALE ☐ SONSTIGES _____

BEFRAGUNG GEMÄSS §29 DER RÖNTGENVERORDNUNG

Wurden bei Ihnen in der letzten Zeit Röntgenaufnahmen im Zahn-Mund-Kieferbereich angefertigt?

☐ JA ☐ NEIN

Zahnfilm:

☐ JA ☐ NEIN

Panoramaaufnahme:

☐ JA ☐ NEIN

SONSTIGE: _____

Wer ist Ihr Zahnarzt bzw. Überweiser? _____

Für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft?

☐ JA ☐ NEIN ☐ UNGEWISS

KRANKENGESCHICHTE IN STICHWORTEN (BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN BZW. AUSFÜLLEN)

1. Haben Sie zu hohen Blutdruck?

☐ JA ☐ NEIN

2. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck, Schwindel, Ohnmacht?

☐ JA ☐ NEIN



3. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?
- | | |
|--|---|
| ☐ JA | ☐ NEIN |
| • Angeborene oder erworbene Herzfehler: | ☐ JA ☐ NEIN |
| • Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen: | ☐ JA ☐ NEIN |
| • Endokarditis (Herzinnenhautentzündung): | ☐ JA ☐ NEIN |
| • Herzoperationen: | ☐ JA ☐ NEIN |
- SONSTIGE: _____
- Haben Sie einen Herzschrittmacher? ☐ JA ☐ NEIN

4. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?
- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| • Zuckerkrankheit (Diabetes): | ☐ JA | ☐ NEIN |
| • Erkrankung des Blutes (z. B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen): | ☐ JA | ☐ NEIN |
| • Allergien (z. B. Heuschnupfen, Medikamentenallergie): | ☐ JA | ☐ NEIN |
- FALLS JA, WELCHE? _____
- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| • Schilddrüsenerkrankung: | ☐ JA | ☐ NEIN |
| • Asthma/Lungenerkrankung: | ☐ JA | ☐ NEIN |
| • Lebererkrankung/Gelbsucht: | ☐ JA | ☐ NEIN |
| • Rheuma/rheumatisches Fieber: | ☐ JA | ☐ NEIN |
| • Nierenerkrankung/Dialyse: | ☐ JA | ☐ NEIN |
| • Anfallsleiden, Krampfanfälle (Epilepsie): | ☐ JA | ☐ NEIN |
| • Magen-Darmerkrankung: | ☐ JA | ☐ NEIN |
| • Immunschwäche (AIDS): | ☐ JA | ☐ NEIN |
| • Behandlung mit Bisphosphonaten / Antikörper: | ☐ JA | ☐ NEIN |

5. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen
(z. B. Marcumar, Plavix, Eliquis, Clopidogrel, ASS)?

☐ JA ☐ NEIN FALLS JA, WELCHE? _____

6. Reagieren Sie allergisch auf bestimmte Medikamente?

☐ JA ☐ NEIN FALLS JA, WELCHE? _____

7. Bestehen zurzeit sonstige Erkrankungen?

☐ JA ☐ NEIN FALLS JA, WELCHE? _____

8. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

9. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ☐ JA ☐ NEIN

10. Rauchen Sie? ☐ JA ☐ NEIN

11. Nehmen oder nahmen Sie Drogen? (Cannabis, LSD, Kokain oder andere?) ☐ JA ☐ NEIN

12. Dürfen wir Ihnen zu Ihren Terminen eine Erinnerungs-SMS bzw.
Terminbestätigung schicken? ☐ JA ☐ NEIN

Alle Angaben sind vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

DATUM

UNTERSCHRIFT
ggf. gesetzlicher Vertreter



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich habe die Datenschutzerklärung des Betreibers der vorliegenden Praxishomepage aufmerksam gelesen.

Hiermit willige ich darin ein, dass er meine mittels des Dienstes „Noa Notes“ erhobenen personenbezogenen Daten in derjenigen Weise und in demjenigen Umfang verarbeitet, wie dies in der Datenschutzerklärung des Websitebetreibers unter

„Verwendung des auf künstlicher Intelligenz gestützten Dienstes „Noa Notes“ zur effizienten Behandlungsdokumentation“

beschrieben ist.

Mir ist bewusst, dass ich berechtigt bin, die Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Websitebetreiber zu widerrufen.

Dass ich die Leistungen des Seitenbetreibers unabhängig von der Erklärung meiner Einwilligung oder deren Widerruf in Anspruch nehmen kann, ist mir ebenfalls bewusst.

DATUM

UNTERSCHRIFT
ggf. gesetzlicher Vertreter



Unsere Datenschutzerklärung finden Sie auf unserer Webseite unter Downloads. Oder scannen Sie einfach den QR-Code.

