



Dr. Porwol
Zahnarztpraxis
Bad Reichenhall

Liebe Patientin, lieber Patient,

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit für die wichtigsten Basisinformationen zu Ihren persönlichen Daten, Ihrer Versicherung und Ihrer Gesundheit.

Ihr
Dr. Georg Porwol

Aufnahmebogen/Behandlungsvertrag

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/Rechnungsempfänger

Rechnungsanschrift

(falls abweichend)

Was führt Sie zu uns, was ist Ihr Hauptanliegen?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internetsuche
 Telefonbuch / Gelbe Seiten
 Presse
 Homepage
 Jameda
 Empfehlung von:

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 Gebührensatzserhöhung in begründeten Einzelfällen bis zum 3,5-fachen Satz ein. Diagnostische/therapeutische Leistungen und Beratungsleistungen werden in begründeten Fällen, je nach individuellem Zeitaufwand, mit Gebührensatzserhöhungen 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.

Einwilligung Dokumentation, Bild- und Videoaufnahmen

Mir ist bewusst, dass für diagnostische Maßnahmen, zur Dokumentation im Rahmen der Qualitätssicherung sowie zur Verwendung für zahnärztliche Aus- und Weiterbildung Bild- und Videoaufnahmen von meiner Behandlung angefertigt und unter Berücksichtigung des Bundesdatenschutzgesetzes (§4 BDSG) gespeichert werden. Dazu willige ich hiermit ausdrücklich ein (falls nicht, bitte streichen).

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in)

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 Atmungsprobleme? 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

Hatten Sie jemals eine (Variante der) Creutzfeldt-Jakob-Krankheit? Ja Nein II

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-/Zahnbetterkrankungen Ja Nein
Neigung zu Osteoporose (Knochendichteprobleme) Ja Nein
Neigung zu Karies Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in)

