

# ANMELDEFRAGEBOGEN

für unsere NOTDIENST - Patienten



Liebe Patientin, lieber Patient!

Sie sind mit einem Problem zu uns in unseren Notdienst gekommen und benötigen Hilfe. Aber auch wir brauchen Ihre Unterstützung. Im Notdienst kann nicht immer alles perfekt geregelt und durchorganisiert sein. Immer wieder kann es zu unvorhergesehenen Zwischenfällen oder Verzögerungen kommen. Es ist nun einmal NOTDIENST.

Um aber trotzdem einen möglichst reibungslosen Ablauf zu gestalten bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Lesen Sie dazu auch unsere Informationen zum Datenschutz auf unserer Homepage oder im Wartebereich unserer Praxis.

Ihr Dr. Ralf Voßler & Team

(Pat.-Nr. \_\_\_\_\_)

## Persönliche Patientendaten

Name, Vorname des Patienten/der Patientin

Geburtsdatum

Name, Vorname des Versicherten, wenn von oben genanntem abweichend

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Telefon privat und/oder Arbeit

Telefon Mobil

E-Mail

Beruf, Arbeitgeber

Krankenkasse, bei der Sie - Patient/Patientin - versichert sind

zusatzversichert? ja  nein

Sind Sie als PRIVATpatient: beihilfeberechtigt

oder im Basistarif versichert?

Falls Patient (z.B. Kinder) und Mitglied der Versicherung nicht identisch sind, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße und Wohnort, falls abweichend von o.g.

Bitte weiter auf der Rückseite

# ANMELDEFRAGEBOGEN

für unsere NOTDIENST - Patienten



## Allgemeine Gesundheitssituation

### Leiden Sie unter

	ja	nein		ja	nein
hohem Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	niedrigem Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rheumatischen Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tumorerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie künstliche Gelenke?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheiten wie: HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welcher Typ: _____		

Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welcher Typ: _____		
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche: _____		
Herzkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche: _____		
Hatten Sie schon einen Schlaganfall?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, wann: _____		

Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche: _____		
Handelt es sich dabei um ein:			Bisphosphonat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzmittel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	blutverdünnendes Medikament?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antidepressiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cortison?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie sonstige Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche: _____		
Hatten Sie frühere Operationen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche: _____		
Haben Sie zahnärztliche Betäubungen <b>gut</b> vertragen?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Name Ihres Hausarztes? \_\_\_\_\_

Name Ihres Zahnarztes? \_\_\_\_\_

In dringenden Fällen bitte benachrichtigen: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der o.g. Gesundheitsangaben, die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen zu haben und erkläre mich mit der Verarbeitung der o.g. personenbezogenen Daten im Sinne der Datenschutzerklärung für Patienten (s. Aushang) einverstanden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift vom Patienten: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Praxisintern - zur Kenntnis genommen: \_\_\_\_\_