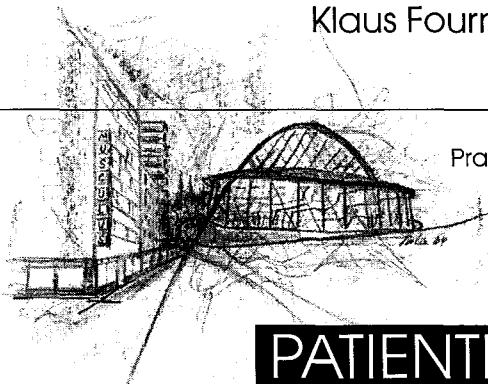


Implantologiezentrum an der Kölnarena

Dr. med
Klaus Fourné

Facharzt für
Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie
Implantologie



Praxis: Deutz-Kalker-Str. 70
Tel. 0221- 88 1281
50679 Köln
e-mail: mail@kieferchirurgie-colonia.de
Linie 1, 9, 153 – Haltestelle Deutz Technische Hochschule

PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

zur Vereinfachung der notwendigen Büroarbeit und zur Beschleunigung Ihrer Behandlung bitten wir Sie, das nachstehende Formular auszufüllen und am Empfang abzugeben.

Bei Unklarheiten werden Ihnen unsere Mitarbeiterinnen gerne behilflich sein.

Patient:	
Name:	Vorname:
Straße:	PLZ und Wohnort:
Geb.-Datum:	E-Mail-Adresse:
Telefon privat:	Handy Nr.:
Beruf:	Arbeitgeber:
Krankenkasse:	Priv. Zusatzversicherung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Bei Privat Patienten Hauptversicherter:	Name:
Vorname:	Geb.-Datum:
Straße:	PLZ und Wohnort:
Name des Hausarztes:	Telef. des Hausarztes:
Name des Zahnarztes:	Telef. des Zahnarztes:

Sind Sie Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass wir zur Abrechnung der von uns bei Ihnen erbrachten Leistungen eine gültige Patientenversicherungskarte benötigen. Bei Nichtvorlage bitten wir Sie, diese innerhalb von 10 Tagen nachzureichen. Nach Ende des Quartals besteht keine Annahmepflicht, sodass eine private Rechnungslegung erfolgen kann.

Befragung gemäß § 29 der Röntgenverordnung (bitte zutreffendes ankreuzen **X**)

1. Wurden bei Ihnen Röntgenaufnahmen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich angefertigt, die für die von Ihnen gewünschte Beratung oder evtl. Behandlung von Bedeutung sein können? Ja Nein

2. Wenn ja, welche? Zahnfilme Ja Nein wann? _____
Panoramaaufnahmen Ja Nein bei welchem Arzt? _____
Sonstige Ja Nein

3. Für weibliche Patienten:

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Ungewiss _____ Woche

bitte wenden

Krankengeschichte in Stichworten (bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen)

	ja	nein		ja	nein
1. Haben Sie zu hohen Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Anfallsleiden		
			Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck, Schwindel, Ohnmacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Magen-Darmerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			- Immunschwäche (AIDS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. Bestehen z. Zt. sonstige Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Angeborene oder erworbene Herzfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Falls ja, welche _____		
- Herzklappenfehler oder Herzklappen- prothesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen? (z. B. ASS, Plavix, Aggrenox, Marcumar usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Falls ja, welche _____		
- Herzoperationen, wann _____			7. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Herzoperationen, welche _____			Falls ja, welche _____		
- Sonstige Herzerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?		
Falls ja, welche _____			_____		
- Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		

4. Haben oder hatten Sie eine der nach- stehend aufgeführten Erkrankungen?			_____		
- Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Erkrankung des Blutes (z. B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. Wurden Sie bereits regelmäßig wegen einer Krankheit mit Radium oder Röntgenstrahlen behandelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Wann? Woran?		
- Allergien (z. B. Heuschnupfen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Falls ja, welche _____			11. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12. Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Asthma/Lungenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. Nehmen oder nahmen Sie Drogen? (Hasch, LSD, Morphin oder andere)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Lebererkrankung/Gelbsucht/Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
- Rheuma/rheumatisches Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
- Nierenerkrankung/Dialyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

**Alle Angaben sind vertraulich und unterliegen
der ärztlichen Schweigepflicht!**

DSGVO Datenschutz

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) lag zur Einsicht vor.

Datum

Unterschrift
ggf. gesetzlicher Vertreter