



MKG BOGENHAUSEN | PRINZ 78

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Alle Ihre Angaben sind streng vertraulich (ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz)!

Nachname: Vorname: geb.am:
Straße/Hausnr.: PLZ/Ort:
Telefonnr. privat: Telefon geschäftlich:
E-Mail: Handy:

gesetzlich versichert (Name der Krankenkasse):
 Standard/Basis-Tarif Selbstzahler
 Beihilfe: private Zusatzversicherung:

Versicherungsnehmer (ggf. Ehepartner/Elternteil): geb.am:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden Internet Praxisschild Bekannte / Familie

Wer ist Ihr behandelnder Zahnarzt / Zahnärztin? :

ANAMNESE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja: Welche? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Marcumar/Aspirin/andere blutverdünnende Medikamente ein? Ja Nein

Besteht eine Allergie oder Überempfindlichkeit? Wenn ja: Welche? (z.B. Penicillin, Latex) Ja Nein

Wenn Sie einen Allergiepass besitzen, erstellen wir gern eine Kopie für unsere Unterlagen.

Haben Sie bisher beim Zahnarzt Betäubungsspritzen gut vertragen? Ja Nein

Wir weisen darauf hin, dass Sie 24h nach einer Betäubungsspritze kein Fahrzeug führen sollten!

Rauchen Sie? Wenn ja: Wie viel? Stück/..... Ja Nein

Für Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Wenn ja: Welche Woche? Ja Nein

Wann wurde das letzte Röntgenbild Ihres Kiefers erstellt? _____

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen:

Blutgerinnungs-Störung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Herzerkrankungen/Herz OP/Stent?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Knochenerkrankungen? (Osteoporose)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Magen-Darm-Erkrankung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Diabetes mellitus (Typ:)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Schilddrüsen-Fehlfunktion?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Anfallsleiden/Epilepsie?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Atemwegserkrankung/Asthma?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Zu niedriger Blutdruck?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Hepatitis A/B/C?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Zu hoher Blutdruck?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Herz-Kreislaufkrankung (z.B. Herzklappenfehler, Schrittmacher)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
AIDS (HIV positiv)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Psychische Erkrankung/Depression?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		

BITTE SEITE WENDEN U. UNTERSCHREIBEN





MKG BOGENHAUSEN | PRINZ 78

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Angaben elektronisch gespeichert, verarbeitet und an die mitbehandelnden Ärzte u. Zahnärzte per Post oder E-Mail weitergegeben werden. Falsche Angaben können ggf. gesundheitliche Schäden hervorrufen und/oder den Behandlungserfolg negativ beeinflussen. Dieses Verfahren kann durch Widerruf jederzeit beendet werden.

Falls Sie bisher bereits in der MKG Bogenhausen Dr. Hauck und Kollegen MVZ GmbH in Behandlung waren, willigen Sie hiermit zum Datenübertrag Ihrer Patientenunterlagen in die Patientenakte der MKG Bogenhausen Prinz 78, Dr. W. Hauck und Dr. Dr. Ch. Pache, ein.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Daten des Aufnahmebogens sowie die Kenntnisnahme der Patienteninformation zum Datenschutz.

München, den

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter: