

Herzlich Willkommen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, den Bogen auszufüllen, nutzen Sie hierzu bitte den frei verfügbaren **Adobe Acrobat Reader**. Bitte beachten Sie auch die Datenschutzverordnung und die Gesundheitsfragen auf den **weiteren Seiten**.

Name	_____
Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Straße & Hausnummer	_____
Postleitzahl & Ort	_____
Telefon/Mobil	_____
E-Mail Adresse	_____
Krankenkasse/Kostenträger <small>(bei Berufs- oder Schulunfällen Angaben der Berufsgenossenschaft mit Aktenzeichen)</small>	_____
Hauptversicherter <small>(bei Familienangehörigen)</small>	_____
Geburtsdatum des Hauptversicherten	_____
Sind Sie zusatzversichert	Ja <input type="checkbox"/> _____ Nein <input type="checkbox"/>
Arbeitgeber/Arbeitgeberin	_____
Zahnarzt/Zahnärztin	_____
Kieferorthopäde/Kieferorthopädin	_____
Hausarzt/Hausärztin	_____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Freunde/Bekannte

Zeitung Überweisung durch Zahnarzt Sonstige _____

Mir ist bewusst, dass nach einer örtlichen Betäubung die Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann und ich nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf.

Nach einer Vollnarkose oder Analgosedierung (Dämmerschlaf) ist die aktive Teilnahme am Straßenverkehr am OP Tag verboten.

Gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir seit dem 25.05.2018 verpflichtet, Ihre Einwilligung einzuholen.

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser) übermitteln oder von dort anfordern zu dürfen (z. B. Arztbrief, Röntgenaufnahmen), bedarf es Ihrer Einwilligung.

Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

EINWILLIGUNG IN DAS ANFORDERN UND DIE WEITERGABE VON DATEN (Überweisungen, Arztbriefe, Röntgenaufnahmen)

Daten über meine bisherige ärztliche Behandlung von den von mir angegebenen Ärzten/ Krankenhäusern dürfen von dem Oralchirurgischen Centrum Osnabrück GbR angefordert werden.

Die meine Behandlung im Oralchirurgischen Centrum GbR betreffende Daten dürfen an die von mir angegebenen Ärzte/Krankenhäuser übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber dem Oralchirurgischen Centrum Osnabrück GbR nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann.

Vor- & Nachname der Patientin/des Patienten

Geburtsdatum

Osnabrück, den _____
Datum

Unterschrift* der Patientin/des Patienten
(Erziehungsberechtigten)

* Um den Fragebogen zu unterschreiben, nutzen Sie bitte die Funktion „Elektronische Signaturen“ aus dem Menü oben oder verwenden Sie das „Frei Hand zeichnen“ Werkzeug ()

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, diesen für Ihre Behandlung wichtigen Bogen auszufüllen.

Vor- & Nachname der Patientin/des Patienten

Geburtsdatum

Besteht bzw. bestanden bei Ihnen eine der nachstehenden Erkrankungen?

Bitte kreuzen Sie an!

	Nein	Ja	Ergänzende Angaben
Neigen Sie zu vermehrter Blutung? z.B. nach Zahnentfernungen, Gerinnungsstörung, Anämie, Leukämie, Hämophilie			
Herz-Kreislauf-Erkrankungen? Wenn ja, welche? z. B. koronare Herzkrankheit (Angina pectoris)? Herzinfarkt? Herzrhythmusstörungen? Herzklappenfehler/Herzklappenersatz? Hoher Blutdruck (Hypertonie)? Sonstiges?			
Schlaganfall?			
Allergien, ggf. welche?			
Atemwegserkrankungen?			
Stoffwechselerkrankungen? z. B. Diabetes (insulinpflichtig)?			
Anfallsleiden? z. B. Epilepsie?			
Depression?			
Infektionskrankheiten?			
Hepatitis?			
Immunmangel - Syndrom (AIDS)?			
Lebererkrankungen? z. B. Zirrhose? Gallensteine?			
Nierenerkrankungen?			
Chronische Niereninsuffizienz?			
Dialyse?			

	Nein	Ja	Ergänzende Angaben
Rheumatische Erkrankungen?			
Knochen - u. Kalziumstoffwechselkrankheiten z. B. Bisphosphonate ?			
Schilddrüsenerkrankungen? z. B. Überfunktion oder Unterfunktion			
Tumorerkrankungen (Krebs)?			
Frühere Operationen, ggf. welche?			
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag?			
Sonstige Erkrankungen?			
Besteht eine Schwangerschaft? ggf. welche Schwangerschaftswoche?			
Nehmen Sie Medikamente ein, ggf. welche?			
Befinden Sie sich z. Z. in anderweitiger fach- ärztlicher Behandlung, ggf. bei wem und warum?			

Osnabrück, den _____
Datum

Unterschrift* der Patientin/des Patienten
(Erziehungsberechtigten)

* Um den Fragebogen zu unterschreiben, nutzen Sie bitte die Funktion „Elektronische Signaturen“ aus dem Menü oben oder verwenden Sie das „Frei Hand zeichnen“ Werkzeug ().

SPEICHERN

DRUCKEN

SENDEN