

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Name/ Vorname: _____ mitversichert bei: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Wenn keine Erkrankungen vorliegen, bitte jeweils „Gesund“ ankreuzen!

Herz:	Gesund <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Zustand nach Infarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Verengung der Herzkranzgefäße	<input type="checkbox"/> Herzklappenersatz
<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Schrittmacher
<input type="checkbox"/> Muskelentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bypassoperation	

Kreislauf:	Gesund <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Angina pectoris	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen	

Erkrankung des blutbildenden Systems:	Gesund <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Blutarmut	<input type="checkbox"/> Bluter
--	---------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Augen:	Gesund <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Grauer Star	<input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom)
---------------	---------------------------------	--------------------------------------	--

Atemwege/Lunge:	Gesund <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Bronchitis
------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

Magen-Darm-Trakt:	Gesund <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Magen-	<input type="checkbox"/> Darmerkrankung
--------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---

Blase-Nieren:	Gesund <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Blasenerkrankung <input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung
----------------------	---------------------------------	---	---

Leber:	Gesund <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gelbsucht	<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
---------------	---------------------------------	------------------------------------	--

Bewegungsapparat:	Gesund <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Gicht
--------------------------	---------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Zentrales Nervensystem:	Gesund <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Epileptische Anfälle
--------------------------------	---------------------------------	---

Vegetatives Nervensys.:	Gesund <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen
--------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	--

- bitte wenden! -

Wann erfolgte bei Ihnen die letzte Röntgenuntersuchung? Bitte die Region angeben:

Kopf-Hals-Röntgenbefunde bitte mitbringen oder rechtzeitig zuschicken lassen.

Sind Sie z.Zt. schwanger?

Wenn ja, in welchem Monat?

0 ja 0 nein

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach Behandlungsterminen:

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach ärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten und durch die Art der Behandlung beeinträchtigt sein kann! Bitte kümmern sie sich darum rechtzeitig um eine Transportmöglichkeit. Auf Wunsch rufen wir Ihnen gerne ein Taxi.

Schweinfurt, den ____/____/____

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger/Vertreter

Einverständniserklärung über die Berechnung nicht eingehaltener Behandlungstermine

Wir arbeiten ausschließlich nach einem Bestellsystem, in dem Behandlungen terminlich präzise vorgeplant werden.

Die vereinbarten Termine werden ausdrücklich nur für Sie freigehalten, Sie werden daher gebeten, die Termine unbedingt einzuhalten oder rechtzeitig mindestens 48 Stunden vorher abzusagen.

Bei nicht fristgerechter Absage des Termins wird eine Ausfallgebühr von pauschal 150 Euro je angefangene halbe Stunde geltend gemacht, es sei denn, Ihr Fernbleiben war unverschuldet. In einem solchen Fall haben Sie uns die Gründe unverzüglich mitzuteilen und ggf. nachzuweisen (z. B. ärztliches Attest).

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie dies zur Kenntnis genommen haben.

Schweinfurt, den _____

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger/Vertreter

Aufnahmebogen – Einverständniserklärung

Sehr verehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Willkommen in der Praxis und Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie im Gesundheitspark!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken und unsere Praxis aufgesucht haben. Im Interesse einer möglichst sicheren und reibungslosen Behandlung, bitten wir Sie, die Fragen auf dieser und den folgenden Seiten möglichst genau und vollständig zu beantworten und die erforderlichen Einwilligungen zu unterzeichnen. Aus Gründen der medizinischen und rechtlichen Sicherheit ist dies dringend erforderlich. Für Rückfragen hierzu stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Patientenname: _____ , geb. _____

Ausgeübter / früherer Beruf: _____

Versichert bei: _____

Bitte ankreuzen:

pflichtversichert freiwillig versichert Kostenerstattung
 privat versichert privat zusatzversichert bei: _____

Bei einer privaten Versicherung oder Zusatzversicherung bitten wir im Falle von besonderem Behandlungsaufwand (Implantologie, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, stationäre Behandlung) um Mitteilung Ihrer speziellen, individuellen Versicherungsbedingungen. Sie können Ihren Versicherungsvertrag mit den Versicherungsbedingungen mit den Empfangsmitarbeiterinnen besprechen. Dies erspart Ihnen und uns nachträgliche Anfragen der Versicherungsträger.

Erklärung zur Verwendung von Bildmaterial

Im Rahmen der Behandlung ist es i.d.R. erforderlich, dass zur Verlaufs- und Behandlungsdokumentation Bildaufnahmen angefertigt und in digitaler Form gespeichert werden. Da es dem medizinischen Fortschritt dient, erfolgt in Einzelfällen die Verwendung dieses Bildmaterials in Fachveröffentlichungen und Fachvorträgen in nicht anonymisierter und in anonymisierter Form. Sehr seltene Veröffentlichungen in öffentlichen Medien (Informationsbroschüren, Zeitschriften, Film- und Fernsehdarstellung) erfolgen ausschließlich in anonymisierter Form.

Hiermit willige ich ausdrücklich ein, dass das von mir angefertigte Bildmaterial uneingeschränkt in oben beschriebener Weise veröffentlicht werden darf.

Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Nennung von Gründen in schriftlicher Form widerrufen werden. Bildmaterial, das zum Zeitpunkt des Widerrufs bereits veröffentlicht ist, oder Bildmaterial, das sich in der Veröffentlichungsvorbereitung befindet, ist von diesem Widerrufsrecht ausdrücklich ausgeschlossen.

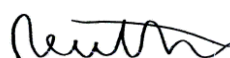
Auf Wunsch erhalte ich das gesamte von mir angefertigte Bildmaterial in digitaler Form ausgehändigt.

Schweinfurt, den

Patient/Zahlungspflichtiger/Vertreter



Priv.-Doz. Dr. Dr. T. Reuther



Dr. Dr. I. Reuther