



Prof. Dr. Rainer Hahn Zahnärzte. Praxis. Privatklinik.

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir wollen für Sie das Beste erreichen. Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit für die wichtigsten Basisinformationen zu Ihren persönlichen Daten, Korrespondenz und Abrechnung, zu Ihrer Versicherung und Ihrer Gesundheit.

Ihr
Univ.-Prof. Dr. Rainer Hahn



Aufnahmebogen/Behandlungsvertrag

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten. Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht.

Patient

Nachname _____

Vorname _____ Geburtstag _____

_____ Geburtsort _____

Versicherter

Nachname _____

Vorname _____ Geb. _____

Anschrift

Straße, Nr. _____

PLZ / Ort _____

Fon (Privat) _____ Fon (Geschäftlich) _____

Fon (Mobil) _____

E-Mail _____

Beruf _____

Privat versichert (welche):

Beihilfeberechtigt (%) Ja Nein

Privatrechnung an

(bei Kindern bitte den Erziehungsberechtigten eintragen)

Versicherter / Rechnungsgempfänger _____

Geburtsdatum: _____

Rechnungsanschrift _____

(falls abweichend)

Was führt Sie zu uns, was ist Ihr Hauptanliegen?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Internetsuche | <input type="checkbox"/> Homepage |
| <input type="checkbox"/> Telefonbuch / Gelbe Seiten | <input type="checkbox"/> Jameda |
| <input type="checkbox"/> Presse | <input type="checkbox"/> Empfehlung von: _____ |

Wichtige Hinweise

1. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, auch meines Gesundheitszustandes, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.
2. Ich verpflichte mich, die durch die jeweils gewünschte/abgesprochene/notwendige Anamnese, Diagnostik oder Behandlung entstehenden Kosten vollständig zu erstatten.
3. Vereinbarte Termine für eine Untersuchung und /oder Behandlung werden ausschließlich für Sie als unser Patient reserviert. Bei Verhinderung muss der Termin mindestens 24 Stunden zuvor abgesagt werden. Bei verspäteter Terminabsage wird die geplante Behandlung, ggf. gemäß § 615 BGB, in Rechnung gestellt.
4. Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer Spritze nicht mehr fahrtüchtig sein können.

5. Die/Der Zahlungspflichtige ist dahingehend unterrichtet worden, dass eine Erstattung durch die jeweils zuständigen privaten Kostenträger möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

6. Die GOZ schließt eine Gebührensatzserhöhung in begründeten Einzelfällen bis zum 3,5-fachen Satz ein. Diagnostische/therapeutische Leistungen und Beratungsleistungen werden in begründeten Fällen, je nach individuellem Zeitaufwand, mit Gebührensatzserhöhungen oberhalb des 3,5-fachen Satzes verrechnet.

7. Einwilligung zur Einziehung der Forderung. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Herr Univ.-Prof. Dr. Rainer Hahn zum Einzug unbezahlter Forderungen alle hierzu notwendigen Unterlagen und Daten, insbesondere Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Befunde, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen, Formulare etc. an die Robert Wolf GmbH, Esslinger Straße 7, 70771 Leinfelden-Echterdingen oder die breco Inkasso GmbH, Kaiserstrasse 46, 72764 Reutlingen zum Einzug der Forderung weitergibt. Insoweit entbinde ich Herrn Dr. Univ.-Prof. Dr. Rainer Hahn ausdrücklich von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Datenschutz

Ich stimme der Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck aller mit meiner zahnärztlichen Behandlung im Zusammenhang stehenden Tätigkeiten durch die Zahnärztlichen Privatklinik Tübingen und Zahnärztliche Praxis Prof. Dr. Rainer Hahn zu.

Ebenfalls bin ich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten eine zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft zum Zwecke der Erstellung von Heil- und Kostenplänen oder Abrechnungen von der Zahnärztlichen Privatklinik Tübingen und Zahnärztliche Praxis Prof. Dr. Rainer Hahn weiter gegeben werden dürfen.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, daß zum Zwecke der Bonitätsprüfung Informationen bei einer Auskunft eingeholt werden. Hierzu werden lediglich Name, Adresse und Geburtsdatum verwendet. Ich kann jederzeit die betreffende Auskunft bei der Zahnärztlichen Privatklinik Tübingen und Zahnärztliche Praxis Prof. Dr. Rainer Hahn erfragen.

Die Zahnärztliche Privatklinik Tübingen und Zahnärztliche Praxis Prof. Dr. Rainer Hahn unterhält ein Praxisinformationssystem (z. B. Informationen zur Prävention von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, neuen Behandlungsmethoden, Aktivitäten unseres Zentrums, Vortragsveranstaltungen, Tag der offenen Tür etc.). Ich möchte am Informationssystem teilnehmen und stimme der Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten durch die Zahnärztliche Privatklinik Tübingen und Zahnärztliche Praxis Prof. Dr. Rainer Hahn zu (Falls nein bitte streichen).

Die Zahnärztliche Privatklinik Tübingen und Zahnärztliche Praxis Prof. Dr. Rainer Hahn bietet einen Erinnerungsservice für regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxemaßnahmen (Recall). Ich möchte am Recallsystem teilnehmen und stimme der Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten durch die Zahnärztliche Privatklinik Tübingen und Zahnärztliche Praxis Prof. Dr. Rainer Hahn zu (Falls nein bitte streichen).

Ich erkläre mich gleichfalls damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und meine Behandlungsdaten, insbesondere Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Befunde, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen von Herrn Univ.-Prof. Dr. Rainer Hahn zum Einzug von unbezahlten Forderung- ggf. elektronisch- erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung, auch teilweise jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Einwilligung Dokumentation, Bild- und Videoaufnahmen

Mir ist bewusst, dass für diagnostische Maßnahmen, zur Dokumentation im Rahmen der Qualitätssicherung sowie zur Verwendung für zahnärztliche Aus- und Weiterbildung Bild- und Videoaufnahmen von meiner Behandlung angefertigt und unter Berücksichtigung des Bundesdatenschutzgesetzes (§4 BDSG) gespeichert werden. Dazu willige ich hiermit ausdrücklich ein (falls nicht, bitte streichen).

Ort, Datum _____

Unterschrift (Patient/in) _____

Bei unter 18 Jahren Unterschrift Erziehungsberechtigte(r): _____



Hatten Sie in den letzten 6 Monaten:
eine Herzoperation? Ja Nein

eine Prothese oder ein Implantat erhalten? Ja Nein
z. B. ein künstliches Hüftgelenk

eine Operation/Operation an Blutgefäßen? Ja Nein
Welche: _____

einen Schlaganfall? Ja Nein

Haben/Hatten Sie bzw. besteht bei Ihnen:

ein transplantiertes Organ? Wenn ja: Ja Nein
Welches, seit wann _____

Schmerzen im Brustbereich bei Belastung
(Angina pectoris)? Ja Nein

Herzinfarkt? Wenn ja, wann: Ja Nein

Herzgeräusch, Herzklappenfehler oder künstliche
Herzklappe? Wenn ja: Ja Nein

Welche und seit wann: _____

rheumatische Herzerkrankung
z. B. Myokarditis, Endokarditis. Wenn ja: Ja Nein
Welche und seit wann: _____

eine Herzmuskelschwäche? Ja Nein

Herzklopfen oder Herzrasen ohne
körperliche Belastung? Ja Nein

wie hoch ist Ihr Blutdruck? normal
 niedrig: _____
 erhöht: _____

Erhöhte Blutungsneigung? Ja Nein

Epilepsie (Anfallsleiden)? Ja Nein

Schlaganfall? Ja Nein

Bronchial-Asthma? Wenn ja: Ja Nein
Benutzen Sie dafür Medikamente und/oder Inhalationsmittel? Ja Nein
Haben Sie heute Atemungsprobleme? Ja Nein

Schwierigkeiten mit den Lungen oder anhaltenden Husten?
Wenn ja: Ja Nein
Sind Sie außer Atem, wenn Sie 20 Stufen hinaufsteigen? Ja Nein

Unverträglichkeit bzw. allergische Reaktion gegen Penicillin,
Aspirin, Pflaster oder irgend etwas anderes? Ja Nein

Haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Diabetes (Blutzucker)? Ja Nein
Benötigen Sie Insulin? Ja Nein
Wie hoch ist Ihr aktueller HbA1c Wert (Diabetes Langzeitwert): _____

Schilddrüsenerkrankung? Wenn ja: Ja Nein
 Überfunktion Unterfunktion

Nierenerkrankung? Ja Nein
Werden Sie dialysiert? Ja Nein

Ort, Datum _____

Unterschrift (Patient/in) _____

Lebererkrankung? Wenn ja, welche: Ja Nein

Infektionskrankheit
(z. B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose, andere)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Eine bösartige Erkrankung oder Leukämie? Wenn ja: Ja Nein
Hatten Sie deshalb eine medikamentöse Behandlung oder
Knochenmarktransplantation? Ja Nein
Hatten Sie eine Strahlenbehandlung wegen eines Tumors
oder Gewächses im Kopf oder Halsbereich? Ja Nein

(Variante der) Creutzfeldt-Jakob-Krankheit? Ja Nein ||

Atemnot (Hyperventilation), die durch Aufregung
ausgelöst wird? Ja Nein ||

Ohnmacht bei (zahn-) medizinischen Eingriffen? Ja Nein ||

Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen
Behandlungen auf? Ja Nein
Art der Komplikation _____

Benötigen Sie eine Antibiotika-Prophylaxe
(Gabe) vor zahnärztlichen Eingriffen? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Benutzen Sie zur Zeit irgendwelche verordneten
oder anderen Medikamente? Wenn ja: Ja Nein
Herzmedikamente? Ja Nein
Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Blutverdünnung)? Ja Nein
Gegen hohen Blutdruck? Ja Nein
Aspirin oder andere Schmerzmittel? Ja Nein
Allergiemittel? Ja Nein
Gegen Diabetes (Blutzucker)? Ja Nein
Gegen Osteoporose? Ja Nein
Kortison oder entsprechende Medikamente? Ja Nein
Medikamente gegen Transplantatabstoßung? Ja Nein
Medikamente für Haut-, Darm-, oder
rheumatische Erkrankungen? Ja Nein
Gegen Krebs- oder Blutkrankheiten? Ja Nein
Haben Sie Biophosphonate eingenommen? Ja Nein
Penicillin, Antibiotika, sonstige keimtötende Mittel? Ja Nein
Gegen Schlaf- oder Angststörungen, Depressionen? Ja Nein
Hormonpräparate? Ja Nein
Haben Sie jemals Drogen eingesetzt? Ja Nein
Sonstige Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Hinweis:
Am besten händigen Sie uns eine Kopie Ihres Medikamentenverordnungsplanes aus!

Rauchen Sie zur Zeit oder haben Sie früher geraucht? Ja Nein
Wieviele Zigaretten/Tag? _____ Nichtraucher seit: _____

Wie viel Alkohol trinken Sie regelmäßig pro Tag? _____

Haben Sie hormonelle Probleme? Ja Nein ||

Wie beurteilen Sie Ihren derzeitigen Streßlevel (1-10): _____

Sind Sie am Morgen erholt? nie selten oft sehr oft

Sind Sie tagsüber oft schläfrig? nie selten oft sehr oft

Sind Sie schwanger? (Frauen) Ja Nein ||

Sind bei Ihnen oder in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bzw.
Neigungen zu folgenden Erkrankungen bekannt?
Neigung zu Zahnfleisch- /Zahnbetterkrankungen Ja Nein
Neigung zu Osteoporose (Knochendichteprobleme) Ja Nein
Neigung zu Karies Ja Nein

