



Dr. Dr. R. Kettner Dr. Dr. M. Erbe Dr. Dr. A.-D. Gerner Dr. G. Stockbrink

**Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**

Herzlich willkommen in unserer Gemeinschaftspraxis. Bitte helfen Sie uns, einen erfolgreichen Behandlungsverlauf zu ermöglichen, und füllen Sie bitte hierzu diesen Bogen sorgfältig aus.

	Patient	Versicherter*)
Nachname und Geburtsname :		
Vorname :		
Geburtsdatum und Ort:		
Postleitzahl und Wohnort :		
Straße mit Hausnummer :		
Krankenkasse/-versicherung :		
Rentner :	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Telefon privat / Mobil :		
E-Mail :		
Telefon Arbeitgeber :		

\*) Wenn Sie nicht selber versichert sind, geben Sie bitte die Personalien des Versicherten (s.o. rechte Spalte) an.

Wenn Sie verbeamtet sind, sind Sie in diesem Fall **beihilfeberechtigt?**  Ja  Nein  
Falls ja, fordern Sie bitte an der Rezeption die speziellen „Hinweise für Beihilfe –Patienten“ an.

Besteht eine **private Zusatzversicherung** für das Krankenhaus  Ja  Nein  
Falls ja, wünschen Sie Chefarztbehandlung  1-Bett Zimmer  2-Bett Zimmer

**Fragen zur Krankengeschichte (Bitte sorgfältig ausfüllen):**

Überweisender Zahnarzt / Arzt :			
Hausarzt :	Adresse :		
Dauerhaft einzunehmende Medikamente :			
Allergien auf bestimmte Medikamente :			
Letzte Röntgenuntersuchung (Jahr) :		Bluthochdruck :	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zuckerkrankheit : <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		HIV Infektion (AIDS) :	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Narkoseunverträglichkeit : <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Schwangerschaft :	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht sicher
Hepatitis (Leberentzündung) : <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein falls Ja , welche Form :		Raucher:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Erkrankungen :	Stück / Tag:		

**Erklärung für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse:** Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse und verpflichte mich, für das jeweilige Quartal die Krankenversichertenkarte innerhalb von 10 Tagen vorzulegen. Mir ist bekannt, dass andernfalls für die Behandlung eine private Berechnung erfolgt.

**Erklärung zum Datenschutz:** Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der mich überweisende Arzt/Zahnarzt einen Bericht über meine Behandlung erhält, und entbinde deshalb den /die Behandler der Gemeinschaftspraxis von der Schweigepflicht gegenüber meinem mich überweisenden Arzt/Zahnarzt.  Ja  Nein  
Ich erkläre, dass ich alle Angaben freiwillig gemacht habe.

Die personenbezogenen Daten werden mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung entsprechend den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes verarbeitet.

Aachen, den .....

Unterschrift : .....