

# IMPLANTATZENTRUM LÜNEBURG

Dr. Dr. Christina Diefenbeck, MBA, M.Sc.  
Fachärztin für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie  
Zertifizierte Spezialistin für Implantologie (DGMKG)  
Fachzahnärztin für Oralchirurgie  
Plastische Operationen

## PATIENTEN-FRAGEBOGEN

Name, Vorname (Patient): \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nummer privat: \_\_\_\_\_ Tel.-Nummer dienstlich: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

### Haben Sie zusätzliche Vereinbarungen bei Ihrer Versicherung?

Basistarif  Beihilfeberechtigt  Kostenerstattung nach § 13 SGB V

(Versicherte, die die Kostenerstattung gewählt haben, nehmen die zahnärztlichen/ärztlichen Leistungen wie ein Privatpatient in Anspruch, d. h. sie bekommen eine Liquidation nach GOZ oder GOÄ)

### Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Name, Vorname (Zahlungspflichtiger): \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der/die Patient/in das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum / Unterschrift Erziehungsberechtigter: \_\_\_\_\_

Bitte wenden 

**Haben Sie eine Allergie gegen Medikamente (Penicillin), Pflaster, Jod oder Latex?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Herzerkrankung?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine sonstige Erkrankung?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie eine Hepatitis A, B, C oder besteht eine HIV Infektion?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Blutverdünnungsmittel ein (ASS, Marcumar, Godamed)?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Neigen Sie zu Blutgerinnungsstörungen?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Besteht eine Drogenabhängigkeit?**  Ja  Nein

**Sind Sie Raucher, wenn ja wie viele Zigaretten?**  Ja  Nein

---

#### **Wichtige Informationen:**

- Alle Informationen unterliegen der zahnärztlichen und ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.
- Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Von Ihnen mitgebrachte Schriftstücke, Röntgenbilder und ähnliches werden Ihnen ausgehändigt
- Soweit der Informationsbedarf der Erstattungsstelle/Krankenkasse eine Datenübermittlung im Sinne des § 3 Abs. 4 Nr. 3 des Bundesdatenschutzgesetzes bedingen sollte, erkläre ich mich mit dieser Datenübermittlung einverstanden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_