

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Herr/Frau/Kind

Name Vorname geb.

Mitglied

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße Nr. Tel. privat

Postleitzahl Ort

Emailadresse

**Krankenkasse
oder Versicherung,
Zahnezusatzversicherung**

Beruf

Arbeitgeber

Tel. tagsüber

Wie bzw. durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives **Prophylaxeprogramm** (Vorbeugende Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten z.B. Professionelle Zahnreinigung) informiert zu werden?

- ja
 nein

Für Kassenpatienten: Wir brauchen Ihre Krankenversicherungskarte einmal im Quartal. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ (private Gebührenordnung).

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Bitte wenden!

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung:	Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____
Hausarzt/Facharzt:	Name, Adresse und Telefonnummer: _____
Medikamente:	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____
Allergien:	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____ Besitzen Sie einen Allergiepass? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Herzasthma, Angina pectoris? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Herzschrittmacher, Herzklappenersatz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
Vegetative Erkrankungen:	Ohnmachtsanfälle? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
Stoffwechsel- Erkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Magen-Darmerkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schilddrüsenerkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
Erkrankung des Nervensystems:	Epileptiforme Anfälle <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Krämpfe? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
Infektions- erkrankungen:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/____)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Tuberkulose? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wurde bei Ihnen ein Aids-test durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja mit welchem Ergebnis? _____ Sonstiges? _____
Weitere Angaben:	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Röntgen:	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wo genau? _____
Schwangerschaft:	Wenn ja, in welchem Monat? _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum: _____

Unterschrift: _____