

Aufnahmebogen

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 risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:
Name Vorname Geburtsdatum

Mitglied:
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift:
Straße / Hausnummer Tel. privat
.....
Postleitzahl Wohnort Tel. geschäftlich / mobil

Beruf: **Arbeitgeber:**

E-Mail-Adresse (evtl.):

Krankenkasse / Versicherung:

Für Kassenpatienten: *Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem ersten Besuch im Quartal. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ).*

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Wünschen Sie von uns an Ihre **nächste Kontrolluntersuchung erinnert** zu werden?

ja nein

Wie möchten Sie erinnert werden?

Postkarte E-Mail SMS

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an **neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsleistungen** möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

ja nein

Wünschen Sie Aufklärung darüber, was Sie selbst zu Ihrer **Zahngesundheit** beitragen können?

ja nein

Sind Sie ein sehr ängstlicher Patient? ja nein

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 Krankenkassen 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 Wartezeiten kommen.

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Hausarzt / Facharzt:

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Wurden Sie schon einmal mit Bisphosphonaten behandelt? ja nein
(Dieses Medikament findet Anwendung in der Osteoporose- und Krebstherapie.)

Allergien: Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepaß? ja nein

Herzerkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz), koronare Herzerkrankung? ja nein

Rhythmusstörungen (Arrhythmien)? ja nein

Angina pectoris? ja nein

Herzschrittmacher, Defibrillator, Herzklappenersatz o.ä.? ja nein

Zustand nach Herzinfarkt? ja nein

Sonstiges:

Kreislauf-erkrankungen: Zu hoher Blutdruck? ja nein

Zu niedriger Blutdruck? ja nein

Zustand nach Schlaganfall? ja nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? ja nein

Sonstiges

Vegetative Erkrankungen: Ohnmachtsanfälle? ja nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein

Sonstiges:

Stoffwechsel-erkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein

Magen-Darm-Erkrankungen? ja nein

Schilddrüsenerkrankungen? ja nein

Nierenerkrankungen? ja nein

Rheuma? ja nein

Sonstiges:

Erkrankungen des Nervensystems: Epileptiforme Anfälle? ja nein

Krämpfe? ja nein

Sonstiges:

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie)? ja nein

Blutarmut (Anämie)? ja nein

Sonstiges:

Infektions-krankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/____)? ja nein

Tuberkulose? ja nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Asthma, Husten etc? ja nein

Sonstiges:

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig ja nein

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein

Schwangerschaft: ja nein Wenn ja, in welchem Monat?

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

Datum:

Unterschrift: