



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

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

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Patient - Herr/Frau/Kind _____
Name _____ Vorname _____ geb. am: _____ Ort: _____

Mitglied _____

Anschrift _____
Straße _____ Haus- Nr. _____ E-mail _____ Tel. privat / tagsüber _____

Krankenkasse o. Versicherung _____
Postleitzahl _____ Ort _____

Mitgliedsnummer _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Sind sie freiwillig versichert ? Ja Nein Haben Sie eine Zusatzversicherung ? Ja Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt ? Ja Nein

Durch wen wurden wir empfohlen ? _____

Wünschen Sie eine besondere Beratung zu:

- Parodontosebehandlung Implantate Individual - Prophylaxe
 Hochwertige Füllungstherapie: Keramik, Gold, ART-Glas Amalgamentfernung, Quecksilberentgiftung
 Ganzheitliche Zahnheilkunde, Akupunktur, Homöopathie Kiefergelenkbehandlung

Sonstiges: _____

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans ? Haben Sie ein Bonusheft? Ja Nein

Wünschen sie nur eine Behandlung der z.Z. vorhandenen Beschwerden ? Bonus erfüllt seit: _____

Die folgende Frage richtet sich an gesetzlich Versicherte:

Möchten Sie von uns darüber informiert werden, was an neuerer und besserer zahnmedizinischer Versorgung für Sie möglich ist, auch wenn diese Leistungen von Ihrer Krankenkasse nicht oder nur zum Teil übernommen werden ?

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Datum, Unterschrift

Aufnahmebogen

Haben Sie Schmerzen ? Ja Nein

Ärztliche Behandlung:

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung ? Ja 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 ? Ja Nein

Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz) ? Ja Nein Sonstiges ? _____

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) ? Ja Nein _____

Herzasthma, Angina pectoris ? Ja Nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz ? Ja Nein

Kreislaufferkrankungen:

Zu hoher Blutdruck ? Ja Nein Sonstiges ? _____

Zu niedriger Blutdruck ? Ja Nein _____

Zustand nach Herzinfarkt ? Ja Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein ? Ja Nein

Vegetative Erkrankungen:

Ohnmachtsanfälle ? Ja Nein Sonstiges ? _____

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel ? Ja Nein _____

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes) ? Ja Nein Sonstiges ? _____

Magen- Darmerkrankungen ? Ja Nein _____

Schilddrüsenerkrankungen ? Ja Nein

Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptiforme Anfälle ? Ja Nein Sonstiges ? _____

Krämpfe ? Ja Nein _____

Bluterkrankungen:

Blutungsneigung (Hämophilie) ? Ja Nein Sonstiges ? _____

Blutarmut (Anämie) ? Ja Nein _____

Infektionskrankheiten:

Leberentz./Gelbsucht (Hepatitis A / B) ? Ja Nein Sonstiges ? _____

Tuberkulose ? Ja Nein _____

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc. ? Ja Nein

Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt ? Ja Nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis ? _____

Weitere Angaben:

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig ? Ja Nein

Röntgen:

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-, Kiefer-, Zahnbereich angefertigt ? Ja Nein

Wenn ja, wo ? _____

Unsere modernen Röntgengeräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Schwangerschaft:

Wenn ja, in welchem Monat ? _____

Wir weisen Sie hiermit darauf hin, dass nach Injektionen Ihre Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigt sein kann. Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum, Unterschrift