Zahnarztpraxis Dr. (H) Robert Kozmacs

Wickeder Hellweg 89 | D-44319 Dortmund | Tel: 0231/21900 | Fax: 0231/216438 | E-Mail: praxis@dr-kozmacs.de | Internet: www.dr-kozmacs.de

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalienauch 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

_____
Postleitzahl | Ort

Krankenkasse o. Versicherung _____
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:

Paradontosebehandlung ☐ 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 ☐

Kreislauferkrankungen:
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 Aidstest 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