



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 angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient
Herr/Frau/Kind

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Mitglied

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Tel. privat/tagsüber _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Krankenkasse
oder Versicherung

E-Mail _____

Beruf

Für Kassenpatienten:

Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

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

ja nein

Wünschen Sie über unser intensives **Prophylaxeprogramm** informiert zu werden?

ja nein

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

ja nein telefonisch / per Brief / per Postkarte / per E-Mail

Bestellpraxis: Hinweise zur Organisation

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.

Änderungen zu meinen Behandlungsdaten werde ich Ihnen stets mitteilen. Ich berechne Sie ferner hiermit, meine ggf. auf EDV gespeicherten Behandlungsdaten zur Weiterbehandlung einem evtl. Praxiskollegen zu übergeben.

Datum _____

Unterschrift _____

Aufnahmebogen

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
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? ja nein
Herzasthma, Angina Pectoris? ja nein
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ja nein
Sonstiges? _____

Kreislaufferkrankungen: Zu hoher Blutdruck? ja nein
Zu niedriger Blutdruck? ja nein
Zustand nach Herzinfarkt? ja nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende 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-Darmerkrankungen? ja nein
Schilddrüsenerkrankungen? ja nein
Sonstiges? _____

Erkrankungen des Nervensystems: Epileptiforme Anfälle? ja nein
Krämpfe? ja nein
Sonstiges: _____

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie)? ja nein
Blutarmut (Anämie)? ja nein
Sonstiges? _____

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B)? ja nein
Tuberkulose? ja nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? ja nein
Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt? ja nein
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____
Sonstiges? _____

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein
Wenn ja, wo? _____
Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat? _____

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

Datum: _____ Unterschrift: _____