

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. _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Tel. privat / tagsüber _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Geburtsort _____

Email _____ Handy _____

Versicherter

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Krankenkasse o.

0 Privat / Standardtarif

0 Privat / Basistarif 0 Beihilfe

Versicherung

Beruf d. Patienten

(auch erlernter/früherer)

Arbeitgeber

Achtung, wir sind eine Bestellpraxis!

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich.

Termine, die von Ihnen nicht eingehalten werden können, müssen spätestens 24h vorher abgesagt werden. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir den uns entstandenen Behandlungsausfall ansonsten mit einem Ausfallhonorar in Rechnung stellen müssen.

Gerne erinnern wir Sie an Ihre halbjährliche Kontrolluntersuchung. Wenn Sie hierfür in unser Recall-Verfahren aufgenommen werden möchten, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter der Rezeption.

Für gesetzlich versicherte Patienten: Haben Sie eine Zusatzversicherung?

ja 0 nein 0

Für privat versicherte Patienten:

Haben Sie unsere Informationsblätter zur Erstattung durch Ihre private Krankenversicherung/Beihilfe erhalten?

ja 0 nein 0

Möchten Sie von uns telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

ja 0 nein 0

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (z.B. Empfehlung, Internet)

Bitte wenden !

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung:

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja 0 nein 0

Wenn ja wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt / Facharzt:

Name, Ort: _____

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Allergien:

Besitzen Sie einen Allergiepass? Wenn ja, bitte an der Rezeption abgeben. Vielen Dank! ja 0 nein 0

Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht auf Überempfindlichkeit:

Latex, Antibiotikum, Sulfite, Novalgin, Eugenol, Abdruckmaterial, Ibuprofen, Paracetamol,

Welche genau? _____

zu hoher / niedriger Blutdruck? (Bitte zutreffendes unterstreichen) ja 0 nein 0

Zustand nach Herzinfarkt? wenn ja, in welchem Jahr: _____ ja 0 nein 0

Andere Herzerkrankungen wie z.B. Klappenersatz, Rhythmusstörungen, Angina pectoris? ja 0 nein 0

Sonstige Erkrankungen? Welche genau? _____

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) ? HbA1c-Wert: _____ ja 0 nein 0

Magen-, Darm-, Leber- oder Nierenerkrankungen? Was genau? _____ ja 0 nein 0

Epileptiforme Anfälle? ja 0 nein 0

Nervenleiden oder Depressionen? Wenn ja, was genau? _____ ja 0 nein 0

Bluterkrankungen oder medikamentös verursachte Blutungsneigung:

Blutungsneigung (z.B. medikamentös Bedingt)? ja 0 nein 0

welche Bluterkrankung? (z.B. Hämophilie) _____

Infektionserkrankungen: (Bitte zutreffendes unterstreichen)

Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? ja 0 nein 0

Andere Infektionserkrankungen (z.B. HIV, TBC oder Diphtherie) ja 0 nein 0

Weitere Erkrankungen und Angaben:

Chronische Atemwegserkrankung, Asthma, etc. _____ ja 0 nein 0

Grüner Star (Engwinkelglaukom)? ja 0 nein 0

Tumorerkrankung / Strahlen- oder Chemotherapie? ja 0 nein 0

Erfolgt / erfolgte eine Therapie mit Bisphosphonaten? ja 0 nein 0

Rauchen Sie, wenn ja, wie viel pro Tag? _____ ja 0 nein 0

Sind Sie ehemaliger Raucher? Wenn ja, wie viel pro Tag? _____ ja 0 nein 0

Hatten Sie bereits eine Parodontitisbehandlung? ja 0 nein 0

Leiden Sie an Mundgeruch? ja 0 nein 0

Schnarchen Sie? ja 0 nein 0

Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung unzufrieden? ja 0 nein 0

Bestehen sonstige körperliche oder geistige Behinderungen / Handicaps? ja 0 nein 0

Wenn ja, welche? _____

Wie groß sind Sie? _____ cm Wie viel wiegen Sie? _____ kg.

Liegt eine Pflegebedürftigkeit vor? Wenn ja: Pflegegrad: _____ Bitte legen Sie eine Kopie vor. Vielen Dank!

Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?

extreme Angst mit Nervosität 0 viel Angst 0 etwas Angst 0 keine Angst 0

Schwangerschaft:

Besteht eine Schwangerschaft oder Stillzeit? Welcher Schwangerschaftsmonat: _____ ja 0 nein 0

Röntgen:

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf- Kiefer- Zahnbereich angefertigt? ja 0 nein 0

Wenn ja, in welcher Praxis? _____

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

Datum _____

Unterschrift _____