

Aufnahmebogen

Zahnärztliche Behandlung: Haben Sie zur Zeit Beschwerden im Bereich der Zähne, des Zahnfleisches, der Kaumuskulatur oder der Kiefergelenke? Ja Nein

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

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

Herzerkrankungen:

Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie Bluthochdruck?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzschwäche (Insuffizienz)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Vorhofflimmern?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzsthma, Angina pectoris?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzschrittmachen, Herzklappenersatz?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Sonstiges? _____

Vegetative Erkrankungen:

Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Sonstiges? _____

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Magen-Darmerkrankungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Sonstiges? _____

Tumor-Erkrankungen: Wurde oder wird bei Ihnen eine Chemo- oder Strahlentherapie durchgeführt? Ja Nein

Erkrankungen des Nervensystems: Epileptiforme Anfälle? Ja Nein
Sonstiges? _____

Bluterkrankungen:

Blutungsneigung (Hämophilie)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Blutarmut (Anämie)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Sonstiges? _____

Infektionserkrankungen: Leberentzündung /Gelbsucht (Hepatitis A/B/___)? Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
Corona/ COVID-19 Ja Nein
MRSA-Keim Ja Nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege Ja Nein

Wurde bei Ihnen ein Aids-Test durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

Sonstiges? _____

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

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

Wenn ja, in welcher Praxis? _____

Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

**Für unsere Patientinnen:
Besteht bei Ihnen eine
Schwangerschaft?**

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Stillen Sie? Ja Nein

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

Für Kassenpatienten:

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

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen.

Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine **mindestens 24 Stunden** vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, gemäß § 615 BGB, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung **in Rechnung** (in Höhe von 200€) zu stellen. Es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen, wodurch es zu Zeitverzögerungen kommen kann.

Datum _____

Unterschrift _____