

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Anliegen unterhalten, benötigen wir Ihre persönlichen Angaben sowie Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand.

Dies ist wichtig für eine erfolgreiche und risikofreie Behandlung.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Anschrift:

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Telefon:

privat	mobil	Hausarzt
--------	-------	----------

E-Mail:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Internet

☐ Empfehlung Zahnarzt

☐ Empfehlung Bekannte, Freunde

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? ☐ja ☐nein
Haben Sie Bluthochdruck? ☐ja ☐nein
Herzschwäche (Insuffizienz)? ☐ja ☐nein
Vorhofflimmern? ☐ja ☐nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? ☐ja ☐nein
Herzsthma, Angina pectoris? ☐ja ☐nein
Herzschrittmachen, Herzklappenersatz? ☐ja ☐nein
Sonstiges? _____

Vegetative Erkrankungen: Ohnmachtsanfälle ☐ja ☐nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ☐ja ☐nein
Sonstiges? _____

Stoffwechselerkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes)? ☐ja ☐nein
Magen-Darmerkrankungen? ☐ja ☐nein
Schilddrüsenerkrankungen? ☐ja ☐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)? ☐ja ☐nein
Blutarmut (Anämie)? ☐ja ☐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_____