

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Lieber Patient,
Für eine adäquate und risikofreie Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien
auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENT

Patient

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Versicherter

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Tel. privat _____

Krankenkasse
oder Versicherung

Postleitzahl _____ Ort _____

Beruf

_____ Tel. geschäftlich _____

FÜR KASSENPATIENTEN

Wir brauchen Ihre Versicherungskarte 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 privaten Gebührenordnung (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 insbesondere über unser intensives Zahnvorsorgeprogramm
informiert zu werden?

ja nein

Wünschen Sie an unserem kostenfreien Wiederbestellsystem "Recall"
teilzunehmen?

ja nein

BESTELLPRAXIS

Wir bitten 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.

Datum _____ Unterschrift _____

AUFNAHMEBOGEN

Ärztliche Behandlung:	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Herzasthma, Angina pectoris? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zustand nach Herzinfarkt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
Kreislaufferkrankungen:	Zu hoher Blutdruck? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zu niedriger Blutdruck? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
Vegetative Erkrankungen:	Ohnmachtsanfälle? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
Erkrankungen des Nervensystems:	Epileptiforme Anfälle? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Tuberkulose? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, mit welchem Ergebnis? <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg Sonstiges? _____
Weitere Angaben:	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Röntgen:	Existieren Zahn-/Kiefer-Röntgenbilder jüngeren Datums? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 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 _____