



Aufnahmebogen Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, sie unterliegen den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient
Name Vorname geb.

Anschrift
Straße / Hausnummer Postleitzahl Ort

Telefon geschäftl. privat Handy.....

E-Mail

Beruf **beschäftigt bei:**

Krankenkasse **Mitglieds-Nr.**

Mitglied **Anschrift der Krankenkasse:**
 pflichtversichert freiwillig versichert **Zahnzusatzversicherung**
 Ehemann/frau Vater Mutter

.....
Name Vorname Geburtsdatum Beruf Anschrift

Für Privatversicherte:

Sind Sie im Basistarif versichert Sind Sie im Vollversicherungstarif versichert

an uns verwiesen durch:

Wichtige Information

Wir sind immer bemüht, unseren Patienten lange Wartezeiten zu ersparen. Um dies gewährleisten zu können, sind wir darauf angewiesen, das wir rechtzeitig erfahren, falls Sie wider Erwarten am vereinbarten Termin verhindert sein sollten. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine rechtzeitig, am besten 24 Stunden vorher, abzusagen. Sollten Sie sich dazu nicht in der Lage sehen, behalten wir uns vor, Ihnen eine **Ausfallentschädigung** in Rechnung zu stellen.

Unser Zeitmanagement kann durch unvorhergesehene Ereignisse (z.B. Schmerzpatienten) kurzfristig gestört werden. Die dadurch entstehenden Verzögerungen bei den regulären Terminen bitten wir zu entschuldigen.

Für Kassenpatienten:

Wir benötigen 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. Sie erhalten dann eine Rechnung der geleisteten Arbeiten nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Im Falle eines Zahlungsverzuges, behalten wir uns die Möglichkeit vor, zum Zwecke des Forderungseinzuges ihre Unterlagen einem Inkassounternehmen (Creditreform) zu übergeben.

Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Ihr Hausarzt:.....
Name Adresse Tel.

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher oder naturheilkundlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

1) Herz ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Haben/hatten Sie eine Erkrankung am Herzen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angeborene oder erworbene Herzfehler? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herzoperationen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herzschwäche (Insuffizienz)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tragen Sie einen Herzschrittmacher? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zustand nach Herzinfarkt		2) Kreislauf ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zu niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schlaganfall	
4) Lunge ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lungenentzündung		3) Blut ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blutarmut (Anämie) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blutungsneigung, blaue Flecken nach leichter Verletzung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> häufiges Nasenbluten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nachbluten nach Operationen	
6) Nervensystem ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anfallsleiden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Krämpfe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angstzustände <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sonstige		5) Stoffwechsel ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis Gelbsucht A B C	
7) Allergien ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heuschnupfen / Ekzeme <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medikamentenallergie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Penicillinallergie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nickelallergie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Latexallergie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Haben Sie einen Allergiepass?		8) Innere Organe ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dialysepflichtigkeit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Refluxkrankheit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sodbrennen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Leberkrankheiten _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gallensteine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen _____	
Bestehen sonstige Erkrankungen?			

9) Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z. B. Marcumar, Aspirin)? ja nein
 Nehmen Sie andere Medikamente ein, wenn ja welche?.....

- Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? ja nein welche?

10) Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung (Kopfbereich)?

11) Sind Sie schwanger? ja nein Wenn ja, welcher Monat?

12) Sind Sie HIV-positiv? ja nein (Diese Angabe wird wie alle anderen streng vertraulich behandelt.)

13) Nehmen Sie öfter Drogen oder Alkohol zu sich? ja nein gelegentlich

14) Wünschen Sie eine Lokalanästhesie? ja nein
 (Betäubungsmittel (Injektionen) können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.)

15) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft (Eintragungen der letzten 5 Jahre)? ja nein

16) Wird bei Ihnen zurzeit eine Bisphosphonat-Therapie durchgeführt? ja nein

Wir bieten unseren Patienten einen kostenlosen Erinnerungsservice (Recall) für zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen an. Dies ist u.a. hilfreich, um Ihren Bonus bei der GKV nicht zu verlieren.

Haben Sie noch Fragen hierzu? Die Behandler und das Praxisteam beantworten sie Ihnen gerne..

Möchten Sie an Ihre regelmäßige Kontrolluntersuchung erinnert werden? ja nein

Die sich aus dem geschlossenen Behandlungsvertrag ergebene Haftung wird mit meinem Einverständnis auf den die Behandlung durchführenden Partner / Zahnarzt begrenzt.

Ich bestätige die Richtigkeit dieser Angaben.

Datum / Unterschrift

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und Ihre Angaben.
 Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben umgehend mit.