

# Aufnahmebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskunft über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Das ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Zahnarzt Dr. Klaus-Dieter Treuheit

Patient: Name, Vorname

Mitglied: Name, Vorname

Geburtsdatum:

Geburtsdatum:

Straße, HsNr:

PLZ, Wohnort:

Telefon Zuhause:

Telefon mobil:

E-Mail Adresse:

Krankenversicherung/Versicherung:

Beruf:

Arbeitgeber:

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- Empfehlung
- Internet
- Telefonbuch/Branchenbuch

Haben Sie spezielle Beratungswünsche?

- Amalgamsanierung
- Laserbehandlung
- Mundgeruchsprechstunde
- Prophylaxe
- Vollkeramische Zahnversorgung mit Cerec
- Zahnaufhellung
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Privatversicherung:

- Ich bin im PKV-Standardtarif versichert
- Ich habe eine private Zahn-Zusatzversicherung
- Ich bin Beihilfe berechtigt

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neuen und höherwertigen zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn diese Leistungen von der Krankenkasse nicht oder nur zum Teil übernommen werden?

- Ja
- Nein

Für Kassenpatienten: Wir brauchen 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 und sie erhalten eine Rechnung nach privater Gebührenordnung (GOZ).

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind.

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es gelegentlich zu Zeitverzögerungen kommen.

# Anamnesebogen

	JA	NEIN	
Ärztliche Behandlung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____
Medikamente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____
Allergien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besitzen Sie einen Allergiepass? _____
Herzerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschwäche (Insuffizienz)?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzasthma, Angina pectoris?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges? _____
Kreislaufkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu hoher Blutdruck?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu niedriger Blutdruck?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zustand nach Herzinfarkt?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges? _____
Vegetative Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohnmachtsanfälle?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges? _____
Stoffwechselerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit (Diabetes)?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-/Darmerkrankungen?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges? _____
Erkrankungen des Nervensystems:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epileptiforme Anfälle?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krämpfe?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges? _____
Bluterkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung (Hämophilie)?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutarmut (Anämie)?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges? _____
Infektionskrankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/___)?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges? _____
Weitere Angabe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?
Röntgen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo?: _____ (Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.)
Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, in welchem Monat? _____

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

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_