



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

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

Ihre Zahnärzte

Patient

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mitglied

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Haus-Nr. _____ Telefon _____

Postleitzahl _____ Ort _____

eMail-Adresse _____ Handy _____

Beruf

_____ Arbeitgeber _____

Krankenkasse

_____ Mitgliedsnummer _____

Wünschen Sie insbesondere über unser **Intensivprogramm zur Karies- und Parodontoseprophylaxe** informiert zu werden?

ja
nein

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie

- eine Routinekontrolle? ja nein
- eine gründliche Untersuchung und Behandlung aller Befunde? ja nein
- eine grundlegende Amalgamsanierung? ja nein
- einen neuen Zahnersatz ? ja nein
- eine einfache Schmerzbehandlung ? ja nein
- eine „zweite Meinung“? ja nein
- eine Beratung (Zahnersatz, Implantologie, Kieferorthopädie) ? ja nein
- bei der Behandlung **eine örtliche Betäubung** ? ja nein

(in sehr seltenen Fällen (ca. 1:750.000) kann es bei Betäubungen im Unterkiefer zu Nervschädigungen (Unterkiefernerve oder Zungennerv) kommen.)

Zur Kenntnis genommen:

(Unterschrift des Patienten)

bitte auch die Rückseite ausfüllen



AUFNAHMEBOGEN

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente? ja nein

Hatten Sie jemals Schwierigkeiten mit langem Bluten? ja nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Hatten Sie jemals
- Herz- oder Kreislaufstörungen ja nein

- Erkrankungen der Atmungsorgane ja nein

- eine der folgenden Infektionen (Hepatitis, Tuberkulose, HIV (Aids)) ja nein

- Zuckerkrankheit ja nein

- Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien ja nein

- Hoher oder niedriger Blutdruck ja nein

- Blutgerinnungsstörungen ja nein

- Eine andere ernsthafte Erkrankung ja nein

- Rauchen Sie? ja nein

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? ja nein
wenn ja, in welchem Monat? _____

Name Ihres Hausarztes: _____

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

Bestellpraxis: Hinweis zur Organisation

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten, und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, daß wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Std. zuvor abgesagt wurden, nach GOZ berechnen müssen.

Datum _____

Unterschrift _____