

Name der Krankenkasse

Name, Vorname der/s Versicherten

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

## **Zahnarztpraxis Klinken Wiese**

*Stefan Henneken und Dr. Richard Klenk*

**Klinken Wiese 5- 33181 Bad Wünnenberg-Fürstenberg- Tel.02953/964727- Fax 02953/964731**

**Herzlich willkommen in unserer Praxis!**

**Bevor wir uns über Ihre zahnärztlichen Wünsche unterhalten, 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.**

**Mitglied:** Herr / Frau \_\_\_\_\_ geb. am : \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Arbeitgeber:** \_\_\_\_\_

**Geburtsort Patient:** \_\_\_\_\_

***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 Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.*

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

ja

nein

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives **Prophylaxeprogramm** informiert zu werden ?

ja

nein

Besitzen Sie ein Bonusheft ja  falls ja, legen Sie uns Ihr Bonusheft bitte vor!

nein

Möchten Sie von uns an Ihre zahnärztlichen Kontrolltermine erinnert werden?

ja: halbjährlich  jährlich

per Mail  (Adresse) \_\_\_\_\_

per Post

nein

## Aufnahmebogen

<b>Ärztliche Behandlung:</b>	Stehen Sie z.Zt. in ärztlicher Behandlung?	ja()	nein()
	Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____		
<b>Hausarzt/Facharzt</b>	Name, Anschrift, Tel.-Nr. _____		
<b>Medikamente:</b>	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?		
<b>Allergien:</b>	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit ?		
	Besitzen Sie einen Allergiepass? _____		
	Haben Sie Betäubungsmittel beim Zahnarzt bisher vertragen?	ja()	nein()
<b>Herzerkrankungen:</b>	Herzschwäche (Insuffizienz)	ja()	nein()
	Unregelmäßiger Herzschlag?	ja()	nein()
	Herzasthma, Angina pectoris?	ja()	nein()
	Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?	ja()	nein()
	Sonstiges? _____		
<b>Kreislaufkrankungen:</b>	Zu hoher Blutdruck	ja()	nein()
	Zu niedriger Blutdruck	ja()	nein()
	Zustand nach Herzinfarkt?	ja()	nein()
	Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?	ja()	nein()
	Sonstiges? _____		
<b>Vegetative Erkrankungen:</b>	Ohnmachtsanfälle?	ja()	nein()
	Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	ja()	nein()
	Sonstiges? _____		
<b>Stoffwechselerkrankungen</b>	Zuckerkrankheit?	ja()	nein()
	Magen-Darmerkrankungen?	ja()	nein()
	Schilddrüsenerkrankungen?	ja()	nein()
	Sonstiges? _____		
<b>Erkrankungen des Nervensystems:</b>	Epileptiforme Anfälle	ja()	nein()
	Krämpfe?	ja()	nein()
	Sonstiges? _____		
<b>Bluterkrankungen:</b>	Blutungsneigung(Hämophilie)?	ja()	nein()
	Blutarmut (Anämie)?	ja()	nein()
	Sonstige? _____		
<b>Nierenerkrankungen:</b>	wenn ja, welche? _____	ja()	nein()
<b>Infektionskrankheiten:</b>	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/_)?	ja()	nein()
	Tuberkulose?	ja()	nein()
	chron. Erkrankung der Atemwege, Husten etc.?	ja()	nein()
	Wurde bei Ihnen ein Aids-test durchgeführt?	ja()	nein()
	Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____		
	Sonstiges? _____		
<b>Weitere Angaben:</b>	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?	ja()	nein()
<b>Röntgen:</b>	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt?	ja()	nein()
	Wenn ja, wo? _____		
<b>Schwangerschaft:</b>	Sind Sie z.Zt. schwanger?	ja()	nein()
	Wenn ja, welche SSW? _____		