

Name der Krankenkasse

Name, Vorname der/s Versicherten

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort



Zahnarztpraxis Klinken Wiese

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 möglich 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

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