

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 und unterliegen den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.



- Alzey
- Westhofen
- Undenheim
- Wiesbaden
- Wiesbaden Kinderpraxis
- Frankfurt-Niederrad
- Frankfurt-Nordwest
- Oberursel

Name Vorname Geburtsdatum/Ort

Straße/Hausnummer Postleitzahl Ort

Tel.-geschäftl. Tel.-privat Handy

eMail Dürfen wir Ihnen via eMail Informationen zusenden?* ja nein

Beruf beschäftigt bei

Krankenkasse Mitglieds-Nr.

pflichtversichert freiwillig versichert Zahnzusatzversicherung

Mitversichert bei

Ehemann/frau Vater Mutter

Name

Vorname

Geburtsdatum Beruf

Anschrift

Für Privatversicherte:

Sind Sie im Basistarif versichert

Sind Sie im Vollversicherungstarif versichert

Wir sind immer bemüht, unseren Patienten Wartezeiten zu ersparen. Durch unvorhergesehene Ereignisse kann es jedoch in Ausnahmefällen zu Verzögerungen kommen. Wir bitten Sie, dies zu entschuldigen.

Bitte informieren Sie uns so früh wie möglich, wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können. Wir bitten Sie um Absage bis spätestens 24 Stunden vor Ihrem Termin. Sollten Sie sich dazu nicht in der Lage sehen, behalten wir uns vor, Ihnen eine Ausfallentschädigung in Rechnung zu stellen.

Bitte legen Sie Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis vor.

Falls Sie bei Rechnungsstellung ein Duplikat für Ihre Unterlagen benötigen, erhalten Sie auf Anfrage von uns gerne eine Kopie.

*Sie stimmen dem Erhalt des Newsletters von „Schöner Mund“ zu. Der Newsletter wird per eMail verschickt und enthält Informationen über neue Blog-Beiträge, Aktionen u.ä. von „Schöner Mund“. Ihre personenbezogenen Daten, die wir für den Versand des Newsletters verarbeiten, werden Dritten nicht zur Verfügung gestellt. Sie können den Erhalt des Newsletters jederzeit mit Wirkung für die Zukunft abbestellen, per eMail, telefonisch oder postalisch.

Diese Angaben sind freiwillig!

1. Wünschen Sie hellere Zähne? Ja Nein
2. Dürfen wir Sie über Amalgam-Alternativen beraten? Ja Nein
3. Sind Sie an Prophylaxe – Tipps zur Mundhygiene interessiert? Ja Nein
4. Leiden Sie an Mundgeruch? Ja Nein
5. Sind die Möglichkeiten der ästhetischen Zahnmedizin ein Thema für Sie? Ja Nein
6. Interessieren Sie Implantate? Ja Nein
7. Interessieren Sie sich für Kieferorthopädie? Ja Nein
8. Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk oder der Wirbelsäule? Ja Nein
9. Interessieren Sie sich für Zahngesundheit durch Ernährung? Ja Nein
10. Leiden Sie an Stress und Symptomen wie Verspannungen, Unruhe der Schlaflosigkeit? Ja Nein

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

- Haben/Hatten Sie eine Erkrankung am Herzen?
- Angeborene oder erworbene Herzfehler?
- Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen?
- Herzoperationen?
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?
- Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris)?
- Herzschwäche (Insuffizienz)?
- Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)?
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
- Hatten Sie einen Herzinfarkt?

Wenn ja, wann?

4) Lunge

ja nein

- Asthma
- chronische Bronchitis
- Tuberkulose
- Lungenentzündung

6) Nervensystem

ja nein

- Anfallsleiden
- Depression
- Krämpfe
- Angstzustände
- Sonstige

8) Innere Organe

ja nein

- Dialysepflichtigkeit
- Leberkrankheiten
- Nierenerkrankungen

2) Kreislauf

ja nein

- Zu niedriger Blutdruck
- Erhöhter Blutdruck
- Schlaganfall

3) Blut

ja nein

- Blutarmut (Anämie)
- Blutungsneigung, blaue Flecken nach leichter Verletzung
- häufiges Nasenbluten
- Gerinnungsstörung
- Nachbluten nach Operationen

5) Stoffwechsel

ja nein

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Schilddrüsenerkrankungen
- Hepatitis (Gelbsucht) A B C

7) Allergien

ja nein

- Heuschnupfen/Ekzeme
- Medikamentenallergie
- Penicillinallergie
- Nickelallergie
- Latexallergie
- Haben Sie einen Allergiepass?

ja nein

- Refluxkrankheit
- Sodbrennen
- Gallensteine

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?

10) Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Welche? ja nein

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

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

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

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

15) Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung (Kopfbereich)?

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

17) Besteht bei Ihnen ein Glaukom? ja nein

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

19) Sind Sie Raucher? ja nein

20) Was ist der Behandlungswunsch für heute?

Wir bieten unseren Patienten einen kostenlosen Erinnerungsservice (Recall) für zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen an. Dies ist u.a. hilfreich, um Ihren Bonus bei der Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht zu verlieren. Haben Sie noch Fragen hierzu? Die Zahnärzte und das Praxisteam beantworten sie Ihnen gerne.

Bitte nur ankreuzen, wenn Sie **NICHT** an Ihre regelmäßigen Kontrolluntersuchungen erinnert werden möchten!

Die sich aus dem geschlossenen Behandlungsvertrag ergebende Haftung wird mit meinem Einverständnis auf den die Behandlung durchführenden 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.