

Patienten-Aufnahme

Herzlich willkommen in unserer Praxis

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. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen bedankt sich unser Praxis-Team.

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 der GOZ berechnen müssen.

Bitte teilen Sie uns auch unaufgefordert Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Adresse und Versicherungsstatus mit.

Hinweis für Kassenpatienten

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Sollte sie uns auch 14 Tage nach Behandlung nicht vorliegen, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Patient/in

Herr/Frau/Kind

--	--	--

Name Vorname Geb.-Datum

Anschrift

--	--

Straße/Nr. PLZ/Ort

Kontakt

--	--

Telefon tagsüber E-Mail-Adresse

Mitglied/
Zahlungspflichtige/r/
Erziehungsberechtigte/r

--	--	--

Name Vorname Geb.-Datum

Krankenkasse/
Versicherung

--

Ich bin pflichtversichert Ich bin beihilfeberechtigt Ich bin privat versichert

Ich bin freiwillig versichert Ich bin privat zusatzversichert

Beruf

--

Arbeitgeber

--	--

Telefon

Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Presse Internet Empfehlung

Ich möchte zukünftig an meine fällige Vorsorgeuntersuchung/PZR erinnert werden. Ja Nein
 per SMS

Ihr Gesundheitszustand

Um Ihnen eine bestmögliche Behandlung bieten zu können, bitten wir Sie, die Fragen vollständig zu beantworten. Bei evtl. Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ärztliche Behandlung

Sind Sie z. Zt. in ärztl. Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Hausarzt/Facharzt

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein ?

Allergien

Leiden Sie unter Allergien? Ja Nein

Gegen welche Medikamente/Materialien?

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Herzkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)? Ja Nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? Ja Nein

Herzasthma/Angina Pectoris? Ja Nein

Herzschrittmacher/Herzklappenersatz/Stent? Ja Nein

Kreislauf- erkrankungen

Zu hoher Blutdruck? Ja Nein

Zu niedriger Blutdruck? Ja Nein

Hatten Sie einen Herzinfarkt? Ja Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? Ja Nein

(ASS/Marcumar) Andere:

Vegetative Erkrankungen

Ohnmachtsanfälle? Ja Nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Ja Nein

Stoffwechsel- erkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja Nein

Magen-Darm-Erkrankungen? Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein

Erkrankungen des Nervensystems

Epileptiforme Anfälle? Ja Nein

Krämpfe? Ja Nein

Bluterkrankungen

Blutungsneigungen (Hämophilie)? Ja Nein

Blutarmut (Anämie)? Ja Nein

Infektions- krankheiten

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? Ja Nein

Tuberkulose? Ja Nein

Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Atemwegs- erkrankungen

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Asthma, Bronchitis etc? Ja Nein

Röntgen

Wurden im letzten Jahr Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Praxis?

Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat? Ja Nein

Rauchen

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? Ja Nein

Suchterkrankungen

Sonstiges

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu!

Datum

Unterschrift