



## 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 \_\_\_\_\_