

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.

Ihre Maria Kiepert

Name _____	Vorname _____	Geb. _____
Straße _____	PLZ _____	Ort _____
Tel. privat/geschäftl. _____	E-mail _____	
Krankenkasse/Versicherung _____	Mitglieds-Nr. _____	
Beruf/Arbeitgeber _____		

Bestellpraxis: Hinweise 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.** vorher abgesagt wurden, nach GOZ berechnen müssen.

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

Bitte kreuzen Sie hier an, welche Leistungen Sie wünschen!

- ja**, ich möchte über alternative, bessere Füllungsmethoden informiert werden
- ja**, ich möchte über Speicheltest und ein individuelles, zahnärztliches Vorbeuge-Programm informiert werden, zur Erkennung meines persönlichen Karies- und Parodontose-Risikos
- ja**, ich möchte über Möglichkeiten der Muskelbehandlung informiert werden bei Kopf- und Gesichtsschmerzen (Funktionsdiagnostik)
- ja**, ich möchte über Möglichkeiten der Akupunktur informiert werden
- ja**, ich möchte an die Kontrolltermine erinnert werden (Recall)
- ja**, ich interessiere mich für schmerzfreie Behandlung mit Hypnose und Entspannung

Sollten Sie noch Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an!

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt/Facharzt

Name, Adresse und Telefonnummer: _____

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? _____

Allergien

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht

bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____

Besitzen Sie einen Allergiepaß? ja nein

Herzerkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? 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 ein? ja nein

Sonstiges? _____

Vegetative Erkrankungen

Ohnmachtsanfälle? ja nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein

Sonstiges? _____

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein

Magen-, Darmerkrankungen? ja nein

Schilddrüsenerkrankungen? ja nein

Sonstiges? _____

Erkrankung des Nervensystems

Epileptische Anfälle? ja nein

Krämpfe? ja nein

Sonstiges? _____

Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie) ja nein

Blutarmut (Anämie)? ja nein

Sonstiges? _____

Infektionskrankheiten

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? ja nein

Tuberkulose? ja nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten ect.? ja nein

Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis? _____

Weitere Angaben

Sind Sie Drogen- oder Alkoholabhängig? ja nein

Sind Sie Raucher, wieviel pro Tag? _____

Röntgen

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich angefertigt? ja nein

Wenn ja, wo? _____

Unsere modernen Röntgengeräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum

Unterschrift