



AUFNAHMEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

PATIENT: NAME, VORNAME

GEBOREN AM

VERSICHERTER: NAME, VORNAME

GEBOREN AM

STRASSE, HAUSNUMMER

PLZ, WOHNORT

TELEFON ZUHAUSE

TELEFON MOBIL

E-MAIL ADRESSE

Zusatzversicherung
(KRANKEN-)VERSICHERUNG

BERUF

ADRESSE, TELEFON

Möchten Sie an Kontrolluntersuchungen oder Prophylaxetermine erinnert werden?

- per Post
- per E-Mail
- kein Interesse

Besitzen Sie ein Bonusheft? (falls gesetzlich versichert)

- Die letzten 5 Jahre
- Die letzten 10 Jahre
- Nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- Überweisung durch: _____
- Empfehlung durch: _____
- Suche im Internet
- Telefonbuch/Branchenbuch

Haben Sie bei der Recherche unsere Homepage besucht?

- Ja
- Nein

Wichtige Informationen:

Für gesetzlich Versicherte: Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt uns diese auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und stellen eine Rechnung nach privater Gebührenordnung (GOZ). Bedenken Sie bitte, dass auch Schmerzpatienten in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es gelegentlich zu Zeitverzögerungen kommen. Dafür bitten wir vorsorglich um Verständnis.

Haben Sie spezielle Behandlungs- bzw. Beratungswünsche?

- Behandlung unter lokaler Betäubung
- Behandlung unter Vollnarkose
- Festsitzende Zähne durch Implantate
- Ganzheitliche Zahnbehandlung
- Behandlung von Mundgeruch
- Prophylaxeangebote
- Verbesserung der Zahnästhetik
- Vollkeramische Versorgung
- Zahnaufhellung
- Kiefergelenks-Diagnostik (z.B. Zähneknirschen, Ohrgeräusche, Kieferknacken, abgenutzte Zähne, Nackenbeschwerden, Kopfschmerzen)
- Zahnfleischbluten
- Zahnersatz
- Sonstiges: _____

- Ich möchte darüber informiert werden, was an moderner und hochwertiger zahnmedizinischer Versorgung möglich ist, auch wenn diese von den Kassen nicht oder nur teilweise übernommen wird.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Leiden Sie an Herzerkrankungen?

- Herzschwäche (Insuffizienz)?
- Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?
- Herzasthma, Angina pectoris?
- Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?
- Sonstiges? _____

Vegetative Erkrankungen:

- Ohnmachtsanfälle?
- Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?
- Sonstiges? _____

Erkrankungen des Nervensystems:

- Epileptiforme Anfälle?
- Krämpfe?
- Sonstiges? _____

Leiden Sie an Infektionserkrankungen?

- Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/___)?
- Tuberkulose?
- Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc?
- Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt? Ergebnis? _____
- Sonstiges? _____

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

Falls ja, wo?

Wer ist Ihr Hausarzt?

NAME, ORT

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Leiden Sie an Kreislauferkrankungen?

- Zu hoher Blutdruck?
- Zu niedriger Blutdruck?
- Zustand nach Herzinfarkt?
- Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?
- Sonstiges? _____

Stoffwechselerkrankungen:

- Magen-/Darmerkrankungen?
- Schilddrüsenerkrankungen?
- Sonstiges? _____

Bluterkrankungen:

- Blutungsneigung (Hämophilie)?
- Blutarmut (Anämie)?
- Sonstiges? _____

Sind Sie beeinträchtigt durch Rücken-, Kopf- oder Nackenschmerzen? Ja Nein**Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?** Ja Nein**Sind Sie schwanger?** Ja Nein

Wenn ja, in welchem Monat?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**Bitte teilen Sie uns Änderungen sofort mit.**

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

DATUM

UNTERSCHRIFT



Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Abrechnung der Zahnarztpraxis über den externen Dienstleister **Dental Consulting**, Bahnhofstraße 52, 91413 Neustadt/Aisch erbracht wird. Ich bin damit einverstanden, dass das Abrechnungsbüro hierzu Einsicht in meine Patientenakte erhält.