

Patienten - Aufnahmebogen



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. Auch Allgemeinerkrankungen können einen Einfluss auf die Zahngesundheit haben und umgekehrt. Bitte beachten Sie: Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Patient: Name, Vorname			Geburtsdatum: Patient		
Versicherter: Name, Vorname			Geburtsdatum: Versicherter		
Beruf:		Arbeitgeber, Firma:			
Anschrift Privat: Straße Hausnummer		Anschrift Arbeitgeber: Straße Hausnummer			
Anschrift Privat: Postleitzahl, Wohnort		Anschrift Arbeitgeber: Postleitzahl, Wohnort			
Telefon: Privat	Telefax: Privat	E-Mail:	Telefon: Arbeitgeber	Telefax: Arbeitgeber	
Krankenkasse, Versicherung:		Bitte die rechts stehenden Felder entsprechend ankreuzen wegen Erstattungen der Krankenkassen bzw. Beihilfestellen	<input type="checkbox"/> gesetzlich pflichtversichert		
			<input type="checkbox"/> gesetzlich freiwillig versichert		
			<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt privat		
			<input type="checkbox"/> voll privat versichert		

Wir führen eine in der Regel funktionierende Bestellpraxis:

Hinweise zur Praxisorganisation:

Wir werden, falls im Rahmen des Behandlungskonzeptes erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen in der Regel unnötige Wartezeiten und **wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da**. Eine qualitativ höchstwertige Betreuung und Versorgung ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht-eingehaltene Termine, die nicht mindestens 24 Std. zuvor abgesagt wurden, nach GOZ berechnen müssen, da das für uns Ausfallzeit bedeutet. **Wir bestellen niemanden in Reserve oder parallel.**

Weite administrativ wichtige Informationen:

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten fünf Jahre)	JA	NEIN
---	----	------

Welche besonderen Leistungsmerkmale dieser Praxis interessieren Sie besonders, wünschen Sie?

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren, zahnmedizinischen Versorgung und an naturheilkundlichen Behandlungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen u.U. nicht erstattungsfähig sind? = Selbstzahlerleistungen	JA	NEIN
Wünschen Sie insbesondere unseren individuellen, Patientenbetreuungs-Service kennenzulernen? (bedarfsgerechte individuelle Prophylaxe – BIP - gegen Parodontitis und Karies).		
Parodontitisbehandlung mit allen aktuellen Möglichkeiten	Auf wessen Empfehlung sind Sie gerade in unsere Praxis gekommen?	
Ganzheitlich-biologische Zahnerhaltung ohne Amalgam		
Störfeld- (Herd-) Diagnostik und entsprechende Therapie		
Ganzheitliche Kieferorthopädie		
Hochwertiger biokompatibler Zahnersatz	Sonstige spezielle Wünsche?	
Implantologie fester Ersatz fehlender Zähne		
Myofunktionelle Therapie		
Ganzheitliche Amalgamsanierung	Nur zweite Meinung	
Ausführliche Untersuchung	Nur Beratung	

Allgemeine Angaben

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?	NEIN	JA	Wenn ja:
Wegen welcher Erkrankung?	Bei wem?		Anschrift Arzt:
Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein?	NEIN	JA	Wenn ja, welche:

Herz/Kreislauf

Herzschrittmacher?		Ohnmachtsneigung?		Bluttiefdruck?	
Herzklappenersatz?		Blutkrankheit?		Blutgerinnungsstörungen?	
Herzinsuffizienz?		Bluthochdruck?			
Hatten Sie schon einen Herzinfarkt?	NEIN	JA	Wenn Ja wann?		
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente wie Marcumar oder ASS (Aspirin)?	NEIN	JA	Wenn Ja welche?		

Bitte auch Rückseite beachten!

Leiden Sie an Stoffwechselerkrankungen, wie:

Diabetes (Zuckerkrankheit)?	NEIN	JA	Wenn Ja welche Behandlung (Spritzen, Medikamente)?			
Heilen bei Ihnen Verletzungen eher langsam?	NEIN	JA	warum?			
Schilddrüsenerkrankungen?	NEIN	JA	Wenn Ja: Überfunktion		Unterfunktion	
Nehmen Sie hierfür Medikamente?	NEIN	JA	Wenn Ja welche?			

Leiden oder litten Sie an Infektionserkrankungen, wie:

Lebererkrankungen? → auch vergangene Hepatitis	NEIN	JA	Hepatitis			A	B	C			
			Wann?			Ausgeheilt?			NEIN	JA	
HIV bzw. AIDS	NEIN	JA									
Wurde bei Ihnen ein HIV Test durchgeführt	NEIN	JA	Wann?			Ergebnis:		Negativ	Positiv		
Pfeiffer'sches Drüsenfieber	NEIN	JA	Wann?			Ausgeheilt?		NEIN	JA		
Tuberkulose ? → auch vergangene TBC	NEIN	JA	Wann?			Ausgeheilt?		NEIN	JA		
Haut und/oder Geschlechtskrankheiten?	NEIN	JA	Welche?			Ausgeheilt?		NEIN	JA		
Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)	NEIN	JA	Therapie?			Ausgeheilt?		NEIN	JA		
Röteln, Mumps, Masern, Scharlach	NEIN	JA	Welche?			Ausgeheilt?		NEIN	JA		

Sonstiges:

Asthma	NEIN	JA	Bronchitis			NEIN	JA			
Leiden Sie an Allergien?	NEIN	JA	Welche?			Allergiepass bitte vorlegen!				

Bewegungsapparat:

Rheuma?	NEIN	JA	rheumatoide Arthritis					NEIN	JA	
Leiden Sie an Problemen im Bereich:										
Lendenwirbelsäule?		Halswirbelsäule?			Brustwirbelsäule?			Schultergürtel?		
Werden Sie zurzeit orthopädisch behandelt?				NEIN	JA	Wenn Ja bei wem?				
Tragen Sie Schuheinlagen?				NEIN	JA	Wenn Ja welche?				
Werden Sie zurzeit krankengymnastisch behandelt?				NEIN	JA	Wenn Ja bei wem?				

Kauorgan/Kopf/Nervensystem

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet (Stress)?			NEIN	JA	Mehr privat		Mehr beruflich			
Haben oder hatten Sie jemals Schmerzen bei weitem Mundöffnen, Gähnen o.ä.?									NEIN	JA
Schmerzen oder machen Ihre Kiefergelenke Geräusche?									NEIN	JA
Finden Ihre Zähne beim Schließen des Mundes nicht spontan ihren richtigen Platz im Gegenkiefer?									NEIN	JA
Suchen Sie nach dem richtigen Kontakt?									NEIN	JA
Reiben oder pressen Sie gelegentlich Ihre Zähne zusammen - etwa, wenn Sie sich konzentrieren?									NEIN	JA
Kopfschmerzen?	NEIN	JA	Migräne?	NEIN	JA					

Leiden Sie an Ohrenerkrankungen wie:

Schwindel / Mb. Meniere ?		Ohrenschmerzen?			Ohrensausen / Tinnitus?				
Bestehen bei Ihnen Erkrankungen der Nasennebenhöhlen?								NEIN	JA

Haben Sie akute Schmerzen im Zahn-Kopfbereich, wenn ja, wie äußern sich diese?:

Dauerschmerz		Manche Zähne sind temperaturempfindlich		
Zähne schmerzen bei Leerkontakt		Schmerzen bei Belastung, Kauen		
Zähne reagieren auf süß oder sauer		Schmerzen oder Entzündung am Zahnfleisch		

Zentrales Nervensystem

Epilepsie/epileptische Anfälle?	NEIN	JA
---------------------------------	------	----

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?								NEIN	JA
Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?		NEIN	JA	Welche?					
Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?		NEIN	JA	Welche?					
Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?				NEIN	JA	Welche?			
Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?								NEIN	JA
Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Zahn-Kiefer-Kopfbereich geröntgt?		NEIN	Wann und welche Region?						
		JA	Bei wem?						
Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?				NEIN	JA	Welcher Monat?			

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen u.U. bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen gerne ein Taxi.

Fürth, den _____ Unterschrift _____