



AUFNAHMEBOGEN

Patient Herr/Frau Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mitglied/Versicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift PLZ _____ Ort _____

Straße/Nr. _____ Tel. _____

E-Mail * _____ Mobil * _____

Beruf * _____ **Arbeitgeber *** _____

Name der Krankenkasse/Privatkrankenkasse _____

beihilfeberechtigt * zusätzlich versichert * freiwillig versichert * Zahnzusatzversicherung *

ALLGEMEINE SITUATION

Ärztliche Behandlung:

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Hausarzt/Facharzt:

Name, Adresse und Telefonnummer:

Medikamente:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Welche? _____

Wurden Sie jemals zu Osteoporose oder einem Tumorleiden (z.B. Brustkrebs oder Prostata) mit Bisphosphonaten behandelt? Ja Nein

Allergien:

Leiden Sie unter Allergien (auch z.B. gegen Penicillin, Schmerzmittel etc.)? Ja Nein

Welche? _____

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

Blutdruck normal niedrig erhöht

Zustand nach Herzinfarkt? Ja Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? (ASS, Marcumar, etc) Ja Nein

Sonstiges:

Vegetative Erkrankungen:

Ohnmachtsanfälle? Ja Nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Ja Nein

Sonstiges:

* freiwillige Angaben

Stoffwechselerkrankungen:Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja NeinMagen-Darmerkrankungen? Ja NeinSchilddrüsenerkrankungen? Ja NeinSonstiges:
_____**Erkrankung des Nervensystems:**Epileptiforme Anfälle? Ja NeinKrämpfe? Ja NeinSonstiges:
_____**Bluterkrankungen:**Blutungsneigung (Hämophilie)? Ja NeinBlutarmut (Anämie)? Ja NeinSonstiges:
_____**Infektionskrankheiten:**Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/ ____)? Ja NeinTuberkulose? Ja NeinChronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? Ja NeinWurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

Sonstiges:
_____**Weitere Angaben**Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wieviel/Tag? _____

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? Ja Nein**ZAHN-MUND-SITUATION**Zahnfleischbluten Ja NeinZahnfleischrückgang Ja NeinNehmen Sie gerne säurehaltige Lebensmittel zu sich? (COLA, Spezi, Apfelschorle, Fruchtsaft-schorle, Red Bull, Zitrusfrüchte, viel Salat etc.?) Ja NeinGeräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Kauen) Ja NeinSchmerzen am Kopf/Nacken? Ja NeinSind Sie mit der Stellung/Farbe/Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden? Ja NeinHätten Sie gerne hellere Zähne? Ja NeinWann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt? Vor ____ Monaten
(Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.)Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
(Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!)**VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!**

Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?
_____Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?
_____Dürfen wir Sie schriftlich (per Post oder Mail) an Ihren nächsten Vorsorge oder Prophylaxe-Termin erinnern. Dieser Service soll Ihnen helfen, dass sie die wichtigen Kontrollen und die Vorsorge nicht versäumen. Ja Nein

Datum _____ Unterschrift _____