

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung:	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____	
Medikamente:	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____	
Allergien:	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____ Besitzen Sie einen Allergiepaß? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herz- und Kreislaufkrankungen:	Zu hoher Blutdruck? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zu niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zustand nach Herzinfarkt, Hirnschlag? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Herzschwäche (Insuffizienz), Herzklappenfehler? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Herzasthma, Angina pectoris? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Herzoperation, Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____	
Vegetative Erkrankungen:	Ohnmachtsanfälle? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Stoffwechsel- Zuckerkrankheit (Diabetes)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein erkrankungen: Magen-Darmerkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schilddrüsenerkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nierenerkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____	
Erkrankungen des Nervensystems:	Epileptiforme Anfälle? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Krämpfe ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____	
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Blutarmut (Anämie)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____	
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/-----)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Tuberkulose? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Immunschwäche (HIV) ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Chronische Erkrankungen der Atemwege, Asthma? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____	
Weitere Angaben:	Sind/waren Sie drogen- oder alkoholabhängig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Vertragen Sie alkoholhaltige Medikamente nicht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Röntgen:	Wann wurden Sie im Kopfbereich zuletzt geröntgt? _____	
Schwangerschaft:	Wenn Schwangerschaft, in welchem Monat? _____ Anm.: Sollten Sie zur Zeit noch nicht schwanger sein, haben aber die Absicht, dann sprechen Sie uns bitte rechtzeitig auf sinnvolle zahnmedizinische Vorsorgemaßnahmen an. Die Zeiten sind vorbei, da „jede Schwangerschaft einen Zahn gekostet hat“.	

Wir möchten Sie bitten, die anhängende Einverständniserklärung zur Abwicklung der Abrechnung über das Zahnärztliche Rechenzentrum zu unterschreiben. Dies entlastet ein wenig die zunehmende Verwaltungsarbeit und gibt uns somit mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung.

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

Bitte beachten!

Betäubungsmittel (Injektionen) beeinträchtigen für mehrere Stunden Ihre Verkehrstüchtigkeit.

Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Datum _____ Unterschrift _____