

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.

Ihr Praxisteam Dr. Kegel

**Patient
Herr/Frau/Kind**

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße Nr. Tel. privat

Postleitzahl Ort

**Krankenkasse
oder Versicherung**

Mitgliedsnummer

Beruf

Arbeitgeber

Tel. tagsüber

Beihilfe berechtigt: ☐ ja ☐ nein

Regelmäßige Kontrollen helfen Gefahren frühzeitig zu erkennen. Möchten Sie in einem von Ihnen festgelegten Abstand an die nächste Untersuchung erinnert werden?

☐ ja Benachrichtigung : ☐ Karte Abstand: Monate
☐ nein ☐ Anruf

Wir sind immer bemüht, Ihnen und den anderen Patienten lange Wartezeiten zu ersparen und halten daher immer Termine speziell für Sie bereit, so gut eben, wie sich ein Behandlungsaufwand vorhersagen läßt. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine, die wir nur für Sie freigehalten haben unbedingt einzuhalten oder mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen - dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Datum _____ Unterschrift _____

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung:	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ☐ ja ☐ 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? ☐ ja ☐ nein	
Herz- und Kreislaufferkrankungen:	Zu hoher Blutdruck? ☐ ja ☐ nein Zu niedriger Blutdruck ☐ ja ☐ nein	
	Zustand nach Herzinfarkt, Hirnschlag? ☐ ja ☐ nein	
	Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein	
	Herzschwäche (Insuffizienz), Herzklappenfehler? ☐ ja ☐ nein	
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? ☐ ja ☐ nein	
	Herzasthma, Angina pectoris? ☐ ja ☐ nein	
	Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? ☐ ja ☐ nein	
	Herzoperation, Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ☐ ja ☐ nein	
	Sonstiges? _____	
Vegetative Erkrankungen:	Ohnmachtsanfälle? ☐ ja ☐ nein	
	Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ☐ ja ☐ nein	
	Stoffwechsel- Zuckerkrankheit (Diabetes)? ☐ ja ☐ nein	
	erkrankungen: Magen-Darmerkrankungen? ☐ ja ☐ nein	
	Schilddrüsenerkrankungen? ☐ ja ☐ nein	
	Nierenerkrankungen? ☐ ja ☐ nein	
	Sonstiges? _____	
Erkrankungen des Nervensystems:	Epileptiforme Anfälle? ☐ ja ☐ nein Krämpfe ? ☐ ja ☐ nein	
	Sonstiges? _____	
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie)? ☐ ja ☐ nein	
	Blutarmut (Anämie)? ☐ ja ☐ nein	
	Sonstiges? _____	
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/-----)? ☐ ja ☐ nein	
	Tuberkulose? ☐ ja ☐ nein Immunschwäche (HIV) ? ☐ ja ☐ nein	
	Chronische Erkrankungen der Atemwege, Asthma? ☐ ja ☐ nein	
	Sonstiges? _____	
Weitere Angaben:	Sind/waren Sie drogen- oder alkoholabhängig? ☐ ja ☐ nein	
	Vertragen Sie alkoholhaltige Medikamente nicht? ☐ ja ☐ 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 _____