

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 Zahnarzt Dr. Markus Höing

Patient

Herr/Frau/Kind

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mitglied

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße / Hausnummer _____ Tel. privat _____

Postleitzahl / Ort _____

Krankenkasse/
Versicherung

_____ Mitgliedsnummer _____

Beruf

Arbeitgeber

_____ Tel. tagsüber _____

Für Kassenpatienten: Wir benötigen Ihre Gesundheitskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 10 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen von der Krankenkasse nicht oder nur zum Teil übernommen werden?

- JA
 NEIN

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives Prophylaxe-Programm informiert zu werden?

- JA
 NEIN

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?

- JA
 NEIN

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? JA NEIN
Wenn Ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt / Facharzt: Name, Adresse, Telefonnummer: _____

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

Herzerkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz)? JA NEIN
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? JA NEIN
Herzasthma, Angina pectoris? JA NEIN
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? JA NEIN
Sonstiges? _____

Kreislaufferkrankungen: Zu hoher Blutdruck? JA NEIN
Zu niedriger Blutdruck? JA NEIN
Zustand nach Herzinfarkt? JA NEIN
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? JA NEIN
Sonstiges? JA NEIN

Vegetative Erkrankungen: Ohnmachtsanfälle? JA NEIN
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? JA NEIN
Sonstiges? _____

Stoffwechsel-Erkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes)? JA NEIN
Magen-Darmerkrankungen? JA NEIN
Schilddrüsenerkrankungen? 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
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? JA NEIN
Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? JA NEIN
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____
Sonstiges? _____

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? JA NEIN

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? JA NEIN
Wenn ja, wo? _____
Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat? _____ JA NEIN

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

Ort/Datum: _____ Unterschrift _____