



Dr. med. dent.

Barb Materna

Zahnarztpraxis für die ganze Familie

Aufnahmebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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.

Ihre Angaben werden von uns gegebenenfalls elektronisch gespeichert, sie unterliegen aber in jedem Fall den strengen Bestimmungen der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes.

Sie können diesen Aufnahmebogen:

1. Ausdrucken und ausfüllen und zur ersten Behandlung mitbringen, oder
2. Am Computer ausfüllen und dann ausdrucken und zur ersten Behandlung mitbringen, oder
3. Am Computer ausfüllen und über die Schaltfläche „Per Email senden“ am Ende des Aufnahmebogens per Email vor Ihrer ersten Behandlung direkt an uns senden.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Patient

Name Vorname geboren

Anschrift

Straße Hausnummer PLZ Ort

Telefon

geschäftlich privat

E-Mail

Beruf

beschäftigt bei

Krankenkasse

Mitgliedsnummer

Anschrift der Krankenkasse

Mitglied als

pflichtversichert freiwillig versichert

familienversichert bei:

Ehemann Vater Mutter

Name Vorname Beruf Anschrift Geburtsdatum

an uns verwiesen durch:

Für Kassenpatienten:

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis.

Fortsetzung auf Seite 2

Aufnahmebogen

Seite 2

Zahnarztpraxis für die ganze Familie

Bitte beantworten Sie folgende Fragen über ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Ihr Hausarzt:

Name	Adresse	Telefon
------	---------	---------

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher oder naturheilkundlicher Behandlung? JA NEIN

Wenn **JA**, wegen welcher Erkrankung?

Bitte kreuzen Sie in dem folgenden Teil zutreffendes an.

- | | | | |
|------------------------|----|------|---|
| | ja | nein | |
| 1) Herz | | | Haben/hatten Sie eine Erkrankung am Herzen?
Angeborene oder erworbene Herzfehler?
Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen?
Herzoperationen?
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?
Koronare Herzkrankheit (Angina Pectoris)?
Herzschwäche (Insuffizienz)?
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)?
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
Zustand nach Herzinfarkt? |
| 2) Kreislauf | ja | nein | zu niedriger Blutdruck?
erhöhter Blutdruck? |
| 3) Blut | ja | nein | Blutarmut (Anämie)?
Blutungsneigung?
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? |
| 4) Lunge | ja | nein | Asthma/ chronische Bronchitis?
Tuberkulose? |
| 5) Stoffwechsel | ja | nein | Zuckerkrankheit (Diabetes)?
Schilddrüsenerkrankungen?
Lebererkrankungen (Hepatitis/Gelbsucht)? |
| 6) Nervensystem | ja | nein | Anfallsleiden?
Depression?
Krämpfe?
Sonstiges? |
| 7) Allergien | ja | nein | Heuschnupfen / Ekzeme?
Medikamentenallergie?
Nierenerkrankungen?
Penicillinallergie?
Nickelallergie?
Haben Sie einen Allergiepass? |

Fortsetzung auf Seite 3

Aufnahmebogen

Seite 3

- 8) **Bestehen sonstige Erkrankungen?** ja nein
 Falls ja, welche?
- 9) Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? ja nein
 Falls ja, welche?
- 10) Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung (Kopfbereich)?
 Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein
- 11) Sind Sie schwanger? ja nein Wenn ja, welcher Monat?
- 12) Sind Sie HIV-positiv? ja nein
 (Diese Angabe wird wie alle anderen streng vertraulich behandelt!)
- 13) Nehmen Sie öfter Drogen, Medikamente oder Alkohol zu sich?
 ja nein gelegentlich
- 14) Wünschen Sie eine Lokalanästhesie (örtliche Betäubung)? ja nein
 Betäubungsmittel (Injektionen) können die Fahrtauglichkeit beeinträchtigen.
 Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.
- 15) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? ja nein

Wir bieten unseren Patienten einen kostenlosen Erinnerungsservice (Recall) für zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen. Möchten Sie daran teilnehmen? ja nein

Ich bestätige die Richtigkeit dieser Angaben.

.....
 Datum / Unterschrift

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und Ihre Angaben.
 Bitte teilen Sie uns Änderungen zu den obigen Angaben umgehend mit.

Wichtige Information

Wir sind immer bemüht, unseren Patienten lange Wartezeiten zu ersparen. Um dies gewährleisten zu können, sind wir darauf angewiesen, das wir rechtzeitig erfahren, falls Sie wider Erwarten am vereinbarten Termin verhindert sein sollten. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine rechtzeitig, am besten 24 Stunden vorher, abzusagen. Unser Zeitmanagement kann durch unverhergesehene Ereignisse (z.B. Schmerzpatienten) kurzfristig gestört werden. Die dadurch entstehenden Verzögerungen bei den regulären Terminen bitten wir zu entschuldigen.

Wenn Sie alle Felder ausgefüllt haben, können Sie diesen Aufnahmebogen nun

1. Mit einem Klick auf diese Schaltflächen und oder
2. Mit einem Klick auf diese Schaltfläche

Sollte die automatische Versendung mit Ihrem Standard-Emailprogramm nicht funktionieren, können Sie uns den gespeicherten Aufnahmebogen als Anhang in einer Email senden. Bitte beachten Sie, dass wir bei einer Zusendung per Email aus technischen Gründen leider nicht 100%ig garantieren können, dass Ihre Daten nicht von dritten gelesen werden können.