

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,
**Dr. med. dent. Gerd Fahnenbruck
und Mitarbeiter.**

Krankenkasse oder Versicherung

Mitglied	Mitgliedsnummer
Patient Herr / Frau / Kind (bitte einfärben)	Geburtsdatum
Name	Vorname
Straße, Nr.	PLZ, Ort
Telefon privat	Handy
Beruf	Arbeitgeber

Telefon tagsüber

Wünschen Sie eine SMS-Terminreminderung?

Für Kassenpatienten: Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden?

Wünschen Sie von uns 1 x im Jahr an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?

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 Krankenversicherungen nach der privaten Gebührenverordnung (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.

Datum, Unterschrift

Bitte wenden.

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?
Hausarzt / Facharzt	Name Straße, Nr PLZ, Ort Telefon
Medikamente	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?
Allergien	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? Besitzen Sie einen Allergiepass?
Herzerkrankungen	Herzschwäche (Insuffizienz)? Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? Herzasthma, Angina pectoris? Herzschrittmacher; Herzklappenersatz? Sonstiges?
Kreislaufferkrankungen	Zu hoher Blutdruck? Zu niedriger Blutdruck? Zustand nach Herzinfarkt? Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Sonstiges?
Vegetative Erkrankungen	Ohnmachtsanfälle? Nehmen Sie Aufputsch -oder Beruhigungsmittel? Sonstiges?
Stoffwechselerkrankungen	Zuckerkrankheit (Diabetes)? Magen-Darmerkrankungen? Schilddrüsenerkrankungen? Sonstiges?
Erkrankung des Nervensystems	Epileptiforme Anfälle? Krämpfe? Sonstiges?
Bluterkrankungen?	Blutungsneigung (Hämophilie)? Blutarmut (Anämie)? Sonstiges?
Infektionskrankheiten	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/...) Tuberkulose? Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc? Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis? Sonstiges?
Weitere Angaben	Sind Sie drogen -oder alkoholabhängig?
Röntgen?	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis
Schwangerschaft	Wenn ja, in welchem Monat? Datum, Unterschrift
Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.	