

AUFNAHMEBOGEN (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Patient (Name, Vorname)	geb.
Mitglied (Name, Vorname)	geb.
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Mobil
Beruf	Arbeitgeber, Telefon
Krankenkasse	pflichtversichert <input type="checkbox"/> zusatzversichert <input type="checkbox"/> privatversichert <input type="checkbox"/>

Zu Ihrer Sicherheit haben wir einen ausführlichen Fragebogen entwickelt, damit wir Sie optimal und risikofrei behandeln können. Eventuelle Vorerkrankungen können Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben. Im eigenen Interesse möchten wir Sie deshalb bitten, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bei evtl. Fragen helfen wir Ihnen gerne. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns **STRENG VERTRAULICH** behandelt.

Besteht bei Ihnen eine Allergie oder Überempfindlichkeit?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Bestimmen Sie sich zur Zeit wegen einer akuten Erkrankung in ärztlicher Behandlung?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Besitzen Sie eine Allergiepass?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wegen welcher Erkrankung?	<input type="text"/>
Gegenüber welchen Materialien oder Medikamenten besteht eine Empfindlichkeit oder Allergie?	<input type="text"/>	Wer ist Ihr Hausarzt?	<input type="text"/>
Leiden Sie an Asthma?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Tel.:	<input type="text"/>
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?	<input type="text"/>	Besteht eine Schwangerschaft?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	Wenn ja, in der wievielten Schwangerschaftswoche?	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Wurden Sie in den letzten 6 Monaten im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wo?	<input type="text"/>
Wenn ja, welche?	<input type="text"/>	Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes auch künftig umgehend mit! VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!	
Nehmen Sie sog. „Bisphosphonat“-Medikamente ein?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Liegt ein aktuelles Bonusheft vor?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen Herz-Kreislaufkrankungen bekannt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck <input type="checkbox"/> angina pectoris <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/>		Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	Internet <input type="checkbox"/> Praxisschild <input type="checkbox"/>
angeborene Herzfehler <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/>		„gelbe Seiten“ <input type="checkbox"/> Anzeige(n) <input type="checkbox"/> Flyer <input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/>	
Wurden bei Ihnen Herzoperationen durchgeführt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wir sind als Bestellpraxis immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Bitte bedenken Sie, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen in das Bestellsystem eingebunden werden müssen, was im Einzelfall zu Zeitverzögerungen führen kann.	
Bypass-OP <input type="checkbox"/> Stent-OP <input type="checkbox"/> künstliche Herzklappen <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/>		Im eigenen Interesse bitten wir Sie vereinbarte Termine mindestens 24 Std. zuvor abzusagen, wenn Sie ausnahmsweise verhindert sein sollten. Auch bei gesetzlich versicherten Patienten sind wir berechtigt den Arbeitsausfall durch nicht oder kurzfristig abgesagte Behandlungstermine nach der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Rechnung zu stellen.	
Sind bei Ihnen Stoffwechselerkrankungen bekannt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	BEI NICHT EINGEHALTENEN TERMINABSPRACHEN LEHNEN WIR DARÜBER HINAUS WEITERE TERMINVERGABEN AB.	
Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/>			
Neigen Sie zu Krämpfen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
HIV <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> multiresistente Streptokokken <input type="checkbox"/>			
Hatten Sie jemals eine Gelbsucht (Hepatitis)?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Bei einer infektiösen Hepatitis? Hep. A <input type="checkbox"/> Hep. B <input type="checkbox"/> Hep. C <input type="checkbox"/>			
Besteht bei Ihnen eine erhöhte Blutungsneigung (Hämophilie)?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Datum	Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten