

## 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 selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

Ihre Dr. Kerstin Jungkunz

Patient:

Herr/Frau/Kind

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
geb. am

Mitglied:

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
geb. am

Anschrift:

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat)

Gesetzliche Krankenkasse/

Private Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Beruf/Arbeitgeber \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Telefon (Arbeit)

Wünschen Sie insbesondere über unser **intensives Prophylaxeprogramm** informiert zu werden?

ja

nein

Haben Sie Interesse an **Bleaching**?

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 -falls einmal erforderlich- mind. 24 Std. vorher abzusagen. **Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der privaten Krankenversicherung nach der gesetzlichen 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 Verzögerungen kommen.

Ich bin damit einverstanden, dass im Falle der Vertretung durch den anderen Arzt, dieser wegen meiner Krankenvorgeschichte Einsicht in meine Patientenakte nehmen darf.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Aufnahmebogen

**Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?**

ja  nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung \_\_\_\_\_

**Hausarzt/Facharzt:**

Name und Kontaktdaten \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente ein?**

ja  nein

Wenn ja, regelmäßig und welche \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Allergien oder besitzen Sie einen Allergiepass?**

ja  nein

Wenn ja, gegen welche Materialien oder Medikamente, oder besteht der Verdacht einer Überempfindlichkeit \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Herzerkrankungen?**

ja  nein

Herzschwäche (Insuffizienz)

ja  nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)

ja  nein

Herzasthma, Angina pectoris

ja  nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz

ja  nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Kreislauferkrankungen?**

ja  nein

Hoher Blutdruck

ja  nein

Niedriger Blutdruck

ja  nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente

ja  nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter vegetative Erkrankungen?**

ja  nein

Ohnmachtsanfälle

ja  nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel

ja  nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Stoffwechselerkrankungen?**

ja  nein

Zuckererkrankung (Diabetes)

ja  nein

Magen-/Darmerkrankungen

ja  nein

Schilddrüsenerkrankungen

ja  nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Erkrankungen des Nervensystems?**

ja  nein

Epiletiforme Anfälle

ja  nein

Krämpfe

ja  nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Bluterkrankungen?**

ja  nein

Blutarmut (Anämie)

ja  nein

Blutungsneigung (Hämophilie)

ja  nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Infektionserkrankungen?**

ja  nein

Tuberkulose

ja  nein

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)

ja  nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten, etc.

ja  nein

Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt

ja  nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis

(+)  (-)

**Sonstige z. Zt. bestehende Erkrankungen?**

ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Sind/waren Sie drogen- oder alkoholabhängig?**

ja  nein

**Besteht eine Schwangerschaft?**

ja  nein

Wenn ja, in welchem Monat \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

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