

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) Telefon (mobil)

E-Mail

@

Gesetzliche Krankenkasse/
Private Krankenversicherung

Beruf/Arbeitgeber

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet

Empfehlung

Sonstiges

Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen?

ja nein

Haben Sie Interesse an zahnärztlicher Hypnose?

ja nein

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

per Post

per E-Mail

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.

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit

Bitte bedenken Sie, dass Ihre Reaktionsfähigkeit, z.B. im Straßenverkehr, nach einer zahnärztlichen Behandlung unter anderem durch den Einfluss des Anästhetikums beeinträchtigt sein kann.

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

- bitte wenden -

Aufnahmebogen

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wegen welcher Erkrankung?

Hausarzt/Facharzt: Name und Kontaktdaten

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein
Regelmäßig und welche?

Leiden Sie unter Allergien oder besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein
Gegen welche Materialien oder Medikamente sind Sie allergisch, oder besteht der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Traten bei Ihnen nach zahnärztlichen Injektionen Nebenwirkungen auf? ja nein

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 vegetativen Erkrankungen? ja nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel ja nein

Ohnmachtsanfälle 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

Epileptiformen 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

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten, etc. ja nein

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C) ja nein

Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt? ja nein

Mit welchem Ergebnis? (+) (-)

Sonstige z. Zt. bestehende Erkrankungen? ja nein

Welche? _____

Sind/waren Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

In welchem Monat? _____

Anmerkungen

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