

## 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. -**