

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.

Patient: Name: Vorname: geb.:
Anschrift: Straße: Telefon:
PLZ: Ort:
Krankenkasse: Versicherungsmitglied:
Beruf: Telefon:
Arbeitgeber:

Aufnahmebogen

Leiden Sie unter Erkrankungen des Kreislaufs (Herz, Blutdruck):
Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, Aids usw.):
Innere Krankheiten (Diabetes; Atemwegs,-Blut,- Schilddrüsen,-
Magen-Darmerkrankungen usw.):
Überempfindlichkeiten gegen:.....
Materialien, Medikamente:.....
Welche Medikamente nehmen Sie z.Zt. ein:
.....
Schwangerschaft, wenn ja in welchem Monat:
Letzte Röntgenuntersuchung im Kopf-Kiefer-Zahnbereich:
Empfohlen/überwiesen durch:

	Ja	Bei Bedarf	Nein
Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wünschen Sie Informationen über bessere und neuere zahnmedizinische Versorgungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beobachten Sie kariöse Stellen („Löcher“), defekte Füllungen oder Kronen?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Sind Sie mit der Stellung, der Form und Größe Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Hätten Sie gerne hellere Zähne?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Wünschen Sie insbesondere über unser Prophylaxeprogramm und den automatischen Wiederbestellservice informiert zu werden?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>

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 Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung in Rechnung zu stellen.

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

Ihr Praxisteam Dr. Ulf Kossow



Datum:

Unterschrift