

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin / sehr geehrter Patient,
bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. **Wir aktualisieren bei jedem neuen Quartalsbesuch!**

Name	Vorname	Geburtsdatum	Telefonnummer
------	---------	--------------	---------------

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind.

Bitte rufen Sie uns auch an, wenn Sie Schmerzen oder eine Füllung verloren haben. In unserem Bestellsystem sind für Akutfälle Zeiten reserviert, welche wir in solch einem Fall vergeben können. Das erspart unnötige Wartezeiten und hilft uns, den Praxisablauf reibungslos zu gestalten. Bedenken Sie bitte, dass auch Patienten mit schwerwiegenderen Verletzungen nach Unfällen in das Bestellsystem eingebunden werden müssen - dadurch kann es manchmal zu Verzögerungen kommen.

Für Kassenpatienten brauchen wir die Krankenversichertenkarte G2 oder G2.1 bei jedem ersten Besuch im Quartal in unserer Praxis. Liegt sie uns auch nach 14 Tagen nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten, und Sie erhalten eine Privatrechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Wir halten in unserer Bestellpraxis für Ihre Behandlung einen Termin frei. Sollten Sie diesen Termin nicht wahrnehmen, ohne darüber rechtzeitig zu informieren, können dadurch erhebliche Einbußen durch Ausfallzeiten entstehen. Dies gilt insbesondere dann, wenn in der für Sie vorgesehenen Behandlungszeit keine anderen Patienten behandelt werden können. Für diesen Fall wird Ihnen daher ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt werden. Für dieses Ausfallhonorar wird der Praxisstundensatz zugrunde gelegt und die Höhe dessen in Abhängigkeit zur geplanten Behandlungszeit ins Verhältnis gesetzt. Es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet. Mit Ihrer Unterschrift auf diesem Bogen nehmen Sie diesen Umstand verbindlich zur Kenntnis.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben

Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift
1.		7.	
2.		8.	
3.		9.	
4.		10.	
5.		11.	
6.		12.	

Bitte wenden !

Aufnahmebogen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Dieser Fragebogen wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Ihr Hausarzt: _____

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher oder naturheilkundlicher Behandlung ?

JA NEIN

Wenn Ja, wegen welcher Erkrankung _____

1. Herz:

- Haben/hatten Sie eine Erkrankung des Herzens oder erworbene oder angeborene Herzfehler
- Herzklappenfehler oder -prothesen
- Vorhofflimmern
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)
- koronare Herzkrankheit (Angina Pectoris)
- Herzoperationen
- Herzschwäche (Insuffizienz)
- unregelmäßiger Herzschlag
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
- Zustand nach Herzinfarkt

2. Kreislauf:

- erhöhter Blutdruck
- zu niedriger Blutdruck

3. Blut:

- Blutarmut (Anämie)
- Blutungsneigung
- Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ?

4. Lunge:

- Asthma/chronische Bronchitis
- Tuberkulose

5. Stoffwechsel:

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Schilddrüsenerkrankungen
- Leberkrankheiten/Hepatitis
- Gelbsucht
- Nierenerkrankungen

6. Nervensystem:

- Anfallsleiden
- Depression
- Krämpfe

7. Allergien:

- Heuschnupfen
- Ekzeme
- Medikamentenallergie
- Penicillinallergie
- Haben Sie einen Allergiepaß?

8. Bestehende sonstige Erkrankungen:

9. Nehmen Sie öfter

- Drogen,
- Medikamente oder
- Alkohol zu sich ?
- Rauchen Sie?

10. Welche Medikamente nehmen Sie in welcher Dosierung ein? Wenn möglich, bitte Medikamentenplan vorlegen!

11. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht ?

12. Sind Sie schwanger ?

Welcher Monat ? _____

13. Letzte Röntgenuntersuchung? _____

14. Sind Sie HIV-Positiv ? Haben Sie AIDS ?

15. Unfälle: _____

16. Tragen Sie eine Endoprothese (künstliches Gelenk), wenn ja, seit wann?

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und Ihre Angaben. Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der Angaben mit!

Bitte beachten ! Betäubungsmittel (Injektionen) können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen !