

Herzlich willkommen in der Praxis Dr. Schumacher!

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.

Ihre Zahnärztin Dr. med. dent. Petra Schumacher

Patient Herr/Frau/Kind

Name Vorname geboren am

Mitglied

Anschrift

Straße Nr. Telefon privat/tagsüber

Postleitzahl Ort E-Mail

Krankenkasse oder Versicherung

Mitgliedsnummer

Beruf

Empfehlung über

Wie würden Sie Ihr
Lächeln auf einer Skala
von 1 bis 10 bewerten?






Kreisen Sie ein 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Welche Veränderungen möchten Sie an Ihrem Lächeln vornehmen?

Gerade Zähne Weißere Zähne Kaputte/fehlende Zähne ersetzen

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden?

ja nein

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

ja nein

Für Kassenpatienten

Wir brauchen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ. Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsleistungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

ja nein

Bitte an alle Patienten

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 (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 Zeitverzögerungen kommen.

Datum

Unterschrift

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung	Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____
Hausarzt/Facharzt	Name, Adresse und Telefonnummer: _____ _____
Medikamente	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____
Allergien	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____ Besitzen Sie einen Allergiepass? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzkrankungen	Herzschwäche (Insuffizienz)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Herzasthma, Angina pectoris? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
Kreislaufkrankungen	Zu hoher Blutdruck? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zu niedriger Blutdruck? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zustand nach Herzinfarkt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
Vegetative Erkrankungen	Ohnmachtsanfälle? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
Stoffwechselerkrankungen	Zuckerkrankheit (Diabetes)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Magen- Darmerkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schilddrüsenerkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
Erkrankungen des Nervensystems	Epileptiforme Anfälle? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Krämpfe? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
Bluterkrankungen	Blutungsneigung (Hämophilie)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Blutarmut (Anämie)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges? _____
Infektionskrankheiten	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Tuberkulose? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____ Sonstiges? _____
Weitere Angaben	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Röntgen	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wo? _____ Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.
Schwangerschaft	Wenn ja, in welchem Monat? _____

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

Datum

Unterschrift