



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.

Ihr Dr. Gerald West

Patient Herr/Frau/Kind

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Tel. privat _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Krankenkasse oder Versicherung

_____ Zusatzversicherung ja nein
Basistarif bei Privatv. ja nein

falls familienversichert

Name des Versicherten _____ geb. _____

Beruf

Arbeitgeber

_____ Tel. tagüber _____

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

- ja
 nein

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, in Form einer Postkarte, über meine nächste Kontrolluntersuchung/PZR informiert zu werden.

Für Kassenpatienten: Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

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 _____

bitte wenden

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt/Facharzt: Name, Adresse, 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? ja nein

Herzerkrankungen: Herzinsuffizienz? ja nein
Koronare Herzkrankheit/ Angina pectoris? ja nein
Zustand nach Herzinfarkt? ja nein
Herzrhythmusstörungen? ja nein
Herzschrittmacher? ja nein
Herzklappenfehler/-ersatz? ja nein

Kreislaufferkrankung: erhöhter Blutdruck? ja nein
niedriger Blutdruck? ja nein
Mangeldurchblutung des ZNS /Apoplex? ja nein

**Stoffwechsel-
erkrankungen:** Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein
Magen-Darmerkrankungen? ja nein
Nierenerkrankungen (Niereninsuffizienz, Dialyse)? ja nein
Osteoporose? ja nein
Schilddrüsenerkrankungen? ja nein
Sonstiges? _____

**Erkrankungen des
Nervensystems:** Anfallsleiden (Epilepsie)? ja nein
Sonstiges? _____

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie)? ja nein
Blutarmut (Anämie)? ja nein
Sonstiges? _____

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C/...) ja nein
Tuberkulose? ja nein
chronische Atemwegserkrankungen, Husten etc.? ja nein
Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? ja nein
Wenn ja mit welchem Ergebnis? _____
Sonstiges? _____

Weitere Angaben: Rheumatoide Arthritis? ja nein
Haben Sie Angst vor der Behandlung? ja nein
Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein
Wenn ja, wo? _____

(für Frauen im gebärfähigen Alter)

Schwangerschaft: Wenn ja, voraussichtlicher Entbindungstermin _____

Datum: _____

Unterschrift: _____