



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Angaben zu Ihrer Person 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

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße/ Nr. _____ Tel. privat _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Emailadresse _____

Krankenkasse oder private Versicherung

Zusatzversicherung ja nein
Basistarif bei Privatv. ja nein

falls familienversichert

Name des Versicherten _____ geb. _____

Beruf

Arbeitgeber (optional)

_____ Tel. tagsüber _____

Wünschen Sie von uns jeweils an Ihre nächste halbjährliche Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?
Hiermit erkläre ich mich einverstanden, in Form einer Postkarte, SMS oder E-Mail über meine nächste
Kontrolluntersuchung/professionelle Zahnreinigung informiert zu werden.

ja nein

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte denken Sie daran mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Vielen Dank!

In eigener Sache

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

Telefon/Branchenbuch von Bekannten empfohlen Sonstiges _____

Internet, über Seite: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

bitte wenden

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie derzeit 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/Allergie? _____
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
Sonstiges? _____
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 etc.? ja nein
Wurde bei Ihnen ein Aids-test 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: _____