



AUFNAHMEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Für die Aufnahme Ihrer Daten bitten wir Sie,
den nachfolgenden Fragebogen vollständig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

VORNAME, NAME	TITEL	GEB. AM
---------------	-------	---------

STRASSE, NR.	PLZ	WOHNORT
--------------	-----	---------

BERUF *	BESCHÄFTIGT BEI *
---------	-------------------

Diese Angaben sind für dringliche Rückrufe/
Mitteilungen sehr wichtig

TELEFON PRIVAT	TELEFON GESCHÄFTLICH *
----------------	------------------------

MOBIL	FAX	E-MAIL
-------	-----	--------

KRANKENVERSICHERUNG: >WELCHE?

FÜR PRIVATVERSICHERTE: Basistarif bzw. Standardtarif? ja nein
Beihilfe? ja nein

FÜR GESETZLICH VERSICHERTE: Sind Sie bzw. der Hauptversicherte freiwillig versichert? ja nein
Sind Sie zusatzversichert? ja nein

Falls Sie bzw. der o.g. Patient nicht selbst der Hauptversicherte sind/ist, benennen Sie bitte den Versicherungsnehmer:

VORNAME, NAME	TITEL	GEB. AM
---------------	-------	---------

STRASSE, NR.	PLZ	WOHNORT
--------------	-----	---------

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.
Deshalb bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen:

HABEN ODER HATTEN SIE EINE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN/THERAPIEN?

Herzklappenerkrankungen/-ersatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (z.B. HIV)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt > JAHR	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
andere Herz-/Kreislaufferkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gelenkprothesen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dialyse, Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lebererkrankungen (z.B. Hepatitis)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arzneimittel-Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
> WELCHE?		Allergien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an anderen wichtigen Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	> WELCHE?	
> WELCHEN?			

* Freiwillige Angaben

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

> WELCHE?

Sollen wir auf Alkohol zum Desinfizieren bei Ihnen verzichten? ja nein

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

NAME UND ANSCHRIFT DES HAUSARZTES:

ZAHNÄRZTLICHE FRAGEN:

Hatten Sie Unfälle mit Folgen für den Gesichts-/Schädelbereich? ja nein

Bemerken Sie Zahnfleischbluten? ja nein

Leiden Sie unter Mundgeruch? ja nein

Stellen Sie manchmal einen Metallgeschmack fest? ja nein

Wurde bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? ja nein

Beobachten Sie Zahnwanderungen? ja nein

Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Zähne nicht gut »aufeinander passen«? ja nein

Haben Sie Beschwerden beim Kauen? ja nein

Haben Sie Beschwerden im Kiefergelenk-/Ohrbereich? ja nein

Haben Sie Kopf- und/oder Nackenschmerzen? ja nein

Fühlen Sie sich mit Ihren Zähnen unwohl? ja nein

Wann wurden Ihre Zähne zum letzten Mal geröntgt?

Wie hoch ist Ihre Zufriedenheit mit:

● dem Aussehen Ihrer Zähne?* hoch mittel niedrig

● der derzeitigen Versorgung Ihrer Zähne?* hoch mittel niedrig

Durch wen wurden Sie an uns empfohlen?*

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Congost mich

telefonisch an bereits vereinbarte Termine erinnert bzw. mich über zeitliche Verzögerungen oder Terminausfälle (z.B. wg. Krankheit) informiert,

per email bei Bedarf kontaktiert. (Erlaubte Berechtigungsform bitte ankreuzen.)

KINSAU,

UNTERSCHRIFT:

Teilen Sie uns bitte jederzeit mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand geändert hat.

Bitte beachten Sie: Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Der Gesetzgeber verlangt folgende Erklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten an einen möglichen Praxisnachfolger weitergegeben werden.

ja nein

KINSAU,

UNTERSCHRIFT:

* Freiwillige Angaben