

## Aufnahmebogen

Name			Vorname	
Geburtsdatum			Name d. Hauptversicherten	
Beruf				
Genauere Anschrift				
Telefon privat		Mobil	E-Mail-Adresse	
Krankenkasse			<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	
Überweisender Arzt			Hausarzt	

Anschrift und Telefonnummer des Arztes / Hausarztes:

<b>Erfassungsbeleg / Anamnese:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unbek.</b>
1. Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie z. Zt. noch in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (evtl. Kopien beifügen) Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vertragen Sie gewisse Arzneimittel nicht? (z.B. Betäubungsmittel) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? Haben Sie <input type="checkbox"/> Jod- <input type="checkbox"/> Penicillin- <input type="checkbox"/> Latexallergie <input type="checkbox"/> Andere Medikamente Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Traten bei Ihnen nach Verletzungen oder Zahnziehen stärkere Blutungen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Leiden oder litten Sie an den nachstehend aufgeführten Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>zu 6.</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unbek.</b>		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unbek.</b>
Herzerkrankung (Infarkt, Angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leber- / Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck / niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose, Hepatitis, Aids/HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma / Osteoporose / (Bisphosphonate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutverdünnung (Marcumar, ASS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie Endokarditis-Prophylaxe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Schmerzen/Verspannungen im Gesicht oder Nackenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Schwierigkeiten den Mund weit auf zu bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organtransplantation, künstl. Herzklappe etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wie viele?	Seit wann?
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, seit wann?	

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

Wünschen Sie Informationen zu den Themen	Bleaching	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Keramikfüllungen (Inlays)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schnarchtherapie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Veneers (Verblendschalen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Zähneknirschen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Knacken im Kiefergelenk	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sonstiges	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Aus welchem Grund kommen Sie in die Praxis?

Sofern Sie nicht in unser automatisches Terminerinnerungssystem (Recall) aufgenommen werden möchten, teilen Sie uns dies bitte mit. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich mit meiner Unterschrift zu.

**Wichtiger Hinweis zur Terminvereinbarung:** Für nicht eingehaltene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mind. 24 Stunden vorher) behalten wir uns vor, die entstehenden Praxiskosten in Rechnung zu stellen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift: Patient bzw. Erziehungsberechtigter \_\_\_\_\_