

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 Zahnarzt Dr. Sebastian Holzinger

Patient

Herr/ Frau/Kind _____
Name geb. _____ Vorname _____

Mitglied

_____ Name geb. _____ Vorname _____

Anschrift

_____ Strasse _____ Nr. _____ Tel. privat _____
_____ Postleitzahl _____ Ort _____

Krankenkasse

_____ oder Versicherung _____ Mitgliedsnummer _____

Beruf

Arbeitgeber

_____ Tel. tagsüber _____

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 Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.*

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten ist, auch wenn diese Leistungen von der Krankenkasse nicht oder nur zum Teil übernommen werden?

- Ja
 Nein

Wünschen Sie insbesondere über unser **Prophylaxeprogramm** informiert zu werden?

- Ja
 Nein

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

- Ja
 Nein

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 und Telefonnummer: _____
Allergien: Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____
Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Herzerkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz) ? Ja Nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) ? Ja Nein
Herzasthma (Angina Pectoris) ? Ja Nein
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz ? Ja Nein
Sonstiges ? _____

Kreislaufferkrankungen: Zu hoher Blutdruck ? Ja Nein
Zu niedriger Blutdruck ? Ja Nein
Zustand nach Herzinfarkt ? Ja Nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein ? Ja Nein
Sonstiges ? _____

Vegetative Erkrankungen: Ohnmachtsanfälle ? Ja Nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel ? Ja Nein
Sonstiges ? _____

Stoffwechsel-Erkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes) ? Ja Nein
Magen-Darm-Erkrankungen ? Ja Nein
Schilddrüsenerkrankungen ? Ja Nein
Sonstiges ? _____

Erkrankung des Nervensystems: Epileptiforme Anfälle ? Ja Nein
Krämpfe ? Ja Nein
Sonstiges ? _____

Bluterkrankungen: Blutarmut (Anämie) ? Ja Nein
Blutungsneigung (Hämophilie) ? Ja Nein
Sonstiges ? _____

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/ _____) ? Ja Nein
Tuberkulose ? Ja Nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc. ? Ja Nein
Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt ? Ja Nein
Wenn ja, mit welchem Ergebnis ? _____
Sonstiges ? _____

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

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat ? _____

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

Datum: _____ Unterschrift: _____