

Zahnarztpraxis Dr. Kraft M.Sc. & Kollegen

Hohlweg 20 · 65396 Walluf · Tel. 0 61 23 / 7 38 38

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.

Ihre Zahnärztin Dr. Ina Kraft

Patient Herr/Frau/Kind

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Hauptversicherter (Mitglied) der Krankenkasse

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Tel. privat _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Tel. Mobil _____

E-Mail _____

Krankenkasse oder Versicherung

Beruf

Arbeitgeber

_____ Tel. _____

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

ja nein

Für Kassenpatienten:

Wir brauchen Ihre Gesundheitskarte 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.

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: _____

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: Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? ja nein
Brustenge (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? _____

Stoffwechselerkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein
Magen-Darmerkrankungen? ja nein
Schilddrüsenerkrankungen? ja nein
Sonstiges? _____

Erkrankung des Nervensystems: Epileptische Anfälle? ja nein
Krämpfe? ja nein
Sonstiges? _____

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

Weitere Angaben: Haben Sie einen Gelenkersatz? ja nein

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

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat? _____

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

Datum _____

Unterschrift _____