

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskunft über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dazu sind wir verpflichtet und sichern somit eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Ihr Zahnarzt **Dr. Philipp Kreissel und Team**



Dr. Philipp Kreissel

Zahnarztpraxis Berching

Dr. Philipp Kreissel · Zahnarzt

Dr.-Grabmann-Platz 14 · 92334 Berching
Telefon: 08462.2930 · Telefax: 08462.27110 · E-Mail: info@zahnarzt-berching.de

Aufnahmebogen

Patient: Name, Vorname _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

Telefon Zuhause: _____

E-Mail Adresse: _____

Beruf: _____

Versicherte(r): Name, Vorname _____

Geburtsdatum: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon mobil: _____

Krankenversicherung/Versicherung: _____ Zusatzversicherung

Adresse, Telefon-Nr.: _____

Möchten Sie an Kontrolluntersuchungen oder Prophylaxetermine erinnert werden?

- Post
 Mail
 Kein Interesse

Besitzen Sie ein Bonusheft? (falls gesetzlich versichert)

- Die letzten 5 Jahre
 Die letzten 10 Jahre
 Nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- Überweisung durch: _____
 Empfehlung
Empfohlen durch: _____
 Internetsuche
 Telefonbuch/Branchenbuch

Haben Sie bei der Recherche unsere Homepage besucht?

- Ja Nein

Haben Sie spezielle Behandlungs- bzw. Beratungswünsche?

- Behandlung unter lokaler Betäubung
 Behandlung unter Vollnarkose
 Festsitzende Zähne durch Implantate
 Ganzheitliche Zahnbehandlung
 Behandlung mit Laser
 Behandlung von Mundgeruch
 Prophylaxeangebote
 Verbesserung der Zahnästhetik
 Vollkeramische Versorgung
 Zahnaufhellung
 Kiefergelenksdiagnostik (z.B. Zahnknirschen, Ohrgeräusche, Kieferknacken, abgenutzte Zähne, Nackenbeschwerden, Kopfschmerzen)
 Zahnfleischbluten
 Zahnersatz
 Sonstiges: _____

Ich möchte darüber informiert werden, was an moderner und hochwertiger zahnmedizinischer Versorgung möglich ist, auch wenn diese von den Kassen nicht oder nur teilweise übernommen werden.

Wichtige Informationen:

Für gesetzlich Versicherte: Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt uns diese auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und stellen eine Rechnung nach privater Gebührenordnung (GOZ). Bedenken Sie bitte, dass auch Schmerzpatienten in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es gelegentlich zu Zeitverzögerungen kommen. Dafür bitten wir vorsorglich um Verständnis.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Anamnese

	JA	NEIN	
Ärztliche Behandlung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____
Medikamente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____ Blutverdünnende Medikamente, z.B. ASS 100 oder Marcumar
Allergien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____ Besitzen Sie einen Allergiepass?
Herzerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschwäche (Insuffizienz)?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzasthma, Angina pectoris?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges? _____
Kreislaufferkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu hoher Blutdruck?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu niedriger Blutdruck?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zustand nach Herzinfarkt?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges? _____
Vegetative Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohnmachtsanfälle?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges? _____
Stoffwechselerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-/Darmerkrankungen?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges? _____
Erkrankungen des Nervensystems:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epileptiforme Anfälle?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krämpfe?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges? _____
Bluterkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung (Hämophilie)?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutarmut (Anämie)?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges? _____
Infektionskrankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/___)?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges? _____
Bewegungsapparat:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beeinträchtigung durch Rücken- Kopf- oder Nackenschmerzen?
Weitere Angabe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?
Röntgen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? _____ (Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.)
Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, in welchem Monat?

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

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

Datum _____

Unterschrift _____