



AUFNAHMEBOGEN

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

Wir freuen uns Sie als neuen Patienten in unserer Praxis begrüßen zu können. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir noch einige Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und ausgewogene Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte bringen Sie dieses Formular zu Ihrem ersten Termin mit in die Praxis.

Patient:
Name Vorname geb. am

Mitglied:
Name Vorname geb. am

Anschrift:
Straße Wohnort

Krankenversicherung:

Tel. beruflich: Tel. privat:

Handy:

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen? Und warum?

.....

Grund Ihres Zahnarztbesuches (Schmerzen, Kontrolle, Unfall, Auffälligkeiten)

.....

Was erwarten Sie von uns?

.....

Letzter Zahnarztbesuch

Ihre Zahngesundheit ist uns wichtig! Die bei uns praktizierte Prophylaxebehandlung hilft Ihnen, Ihre eigene Zahnschmelzsubstanz möglichst ein Leben lang gesund zu erhalten. Wir werden Sie deshalb regelmäßig an diese Vorsorgetermine erinnern.

Ihre Zähne freuen sich auf uns.



DR. FRANK SPUTH

zahnarztpraxis

Hausarzt / Facharzt

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung, wenn ja bitte angeben bei wem:

.....

Medikamenteneinnahme

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

Herz-Kreislaufsystem

Sind bei Ihnen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems bekannt? ja nein

Wenn ja welche:

.....

Angeborene oder erworbene Herzfehler ja nein

Endocarditis ja nein

Herzklappenfehler/Herzklappenprothese ja nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher ja nein

Schlaganfall ja nein

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit ja nein

Magen-Darmerkrankung ja nein

Sonstiges

Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie) ja nein

Sonstige

Nervensystem

Epileptiforme Anfälle ja nein

Sonstiges

Vegetativum

Ohnmachtsanfälle ja nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel ja nein

Sonstiges

Infektionserkrankungen

Leberentzündung/Gelbsucht ja nein

Tuberkulose ja nein

Wurde bei Ihnen ein Aidstest vorgenommen? ja nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis:

Sonstiges

Weitere Angaben

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein

Welche anderen Erkrankungen liegen bei Ihnen vor?

.....

Unfall

Wurden sie infolge eines Unfalls an den Zähnen behandelt? ja nein

.....

Röntgen

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf- oder Halsbereich geröntgt? ja nein

Wenn ja, wo

Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat

.....
Datum

.....
Unterschrift

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