



Aufnahmebogen

Patient(in)

Name:	<input type="text"/>	Straße, Nr.:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Geb.:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Geb.-Ort:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Beruf:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

Mitglied / Versicherter

Name:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>
Geb.:	<input type="text"/>
Beruf:	<input type="text"/>
Arbeitgeber:	<input type="text"/>

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

gesetzliche Krankenkasse

Zusatzversicherung freiwillig versichert

Privatversicherung

beihilfeberechtigt Basistarif

Standardtarif

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Welches Anliegen führt Sie zu uns?

Bitte Blatt wenden! ▶



Teilen Sie unserer Praxis bitte auch zukünftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit.

Anamnese

Die folgenden Gesundheitsfragen sind für unsere Behandlung von besonderer Bedeutung. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben vertraulich!

Bitte ankreuzen

Allgemeingesundheit

Hausarzt/Ort

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie eine Medikamentenallergie/andere Allergie? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie eine/mehrere der folgenden Erkrankungen?

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein

Herzerkrankungen Ja Nein

Wenn ja, welche?

Hoher Blutdruck Ja Nein

Niedriger Blutdruck Ja Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit) Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Asthma Ja Nein

Schweres Rheuma Ja Nein

Grüner Star Ja Nein

Infektionskrankheiten Ja Nein

Hepatitis A/B/C Ja Nein

TBC Ja Nein

HIV Ja Nein

Sonstige ernsthafte Erkrankungen?

Bitte ankreuzen

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Falls ja, wievielte Woche? Bitte Angabe falls ungewiss!

Zahnmedizinische Anamnese

Rauchen Sie? Ja Nein

Tragen Sie Zahnersatz? Ja Nein

Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden? (Zahnspange) Ja Nein

Haben Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung erhalten? Ja Nein

Leiden Sie unter Mundgeruch? Ja Nein

Ist bei Ihnen schon einmal eine Parodontose-Behandlung durchgeführt worden? Ja Nein

Leiden Sie unter Migräne? Ja Nein

Leiden Sie unter Tinnitus? Ja Nein

Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk? Ja Nein

Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk? Ja Nein

Hatten Sie jemals eine Kiefervermessung? Ja Nein

Tragen Sie eine Zahnschiene? Ja Nein

Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt?

Um Ihnen eine regelmäßige Vorsorge zu erleichtern bieten wir einen halbjährlichen Erinnerungsservice an! Möchten Sie an unserem mundgesund® | Vorsorge-Service teilnehmen? Ja Nein

Wir bitten Sie für den Fall, dass Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, diesen bis 24 Stunden vorher bei uns abzusagen!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)