

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren persönlichen Angaben auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist unverzichtbar für eine adäquate und risikoarme Behandlung.

Bitte teilen Sie uns auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

**Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Wohnort: _____ Straße: _____

PLZ: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Tel. privat: _____ Tel. beruflich: _____

E-mail-Adresse: _____ mobil: _____

Krankenkasse / Versicherung: _____

beihilfeberechtigt pflichtversichert freiwillig versichert

Zusatzversicherung: ja nein

Versicherter: _____ Geb.: _____

MEDIZINISCHER AUFNAHMEBOGEN:

Ärztliche Behandlung:

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt / Facharzt:

Name, Adresse, Telefonnummer: _____

Heilpraktiker

Sind Sie bei einem Heilpraktiker in Behandlung? ja nein

Name, Adresse, Tel. Nr.: _____

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Nehmen Sie **regelmäßig pflanzliche Präparate** oder **Nahrungsergänzungsmittel** ein, oder wenden Sie **andere Verfahren der Naturheilkunde** an?

Uns interessieren, wegen der erhöhten Blutungsneigung, vor allem:

- q Ginko-Präparate
- q Ginseng
- q Grüner Tee
- q Johanniskraut
- q See-und Sternkiefer
- q Traubenkernextrakt
- q Knoblauch
- q Gemeine Nachtkerze
- q Ingwer
- q Mutterkraut
- q Teufelskralle

Allergien:

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit : _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja q nein q
Sonstiges: _____

Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz)	ja q	nein q
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	ja q	nein q
Herzasthma, Angina pectoris	ja q	nein q
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz	ja q	nein q
Sonstiges: _____		

Kreislaufferkrankungen:

Zu hoher Blutdruck	ja q	nein q
Zu niedriger Blutdruck	ja q	nein q
Zustand nach Herzinfarkt	ja q	nein q
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?	ja q	nein q
Sonstiges: _____		

Vegetative Erkrankungen:

Ohnmachtsanfälle ja q nein q
Nehmen Sie Anregungs- oder Beruhigungsmittel? ja q nein q
Sonstiges: _____

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit ja q nein q
Hypoglycaämie ja q nein q
Magen- Darmerkrankung ja q nein q
Schilddrüsenerkrankung ja q nein q
Sonstiges: _____

Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptiforme Anfälle Ja q nein q
Krämpfe Ja q nein q
Sonstiges: _____

Veränderungen im blutbildenen System:

Blutungsneigung (Hämophilie) ja q nein q
Blutarmut (Anämie) ja q nein q
Sonstiges, z.B. durch die Einnahme gerinnungshemmender Medikamente: _____

Infektionskrankheiten:

Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A / B/ C) ja q nein q
Tuberkulose ja q nein q
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc. ja q nein q
Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt? ja q nein q
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____
Sonstiges: _____

Rheumatische Erkrankungen:

Leiden Sie unter rheumatischen Erkrankungen? ja q nein q
Wenn ja, welche: _____

Weitere Angaben:

Raucher?
Wie viel pro Tag? _____ ja q nein q

Röntgen:

Wurden in den letzten 12 Monaten Aufnahmen
im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? ja q nein q
Wenn ja, wo? _____

Schwangerschaft:

Wenn ja, in welchem Monat? _____

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

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

Datum: _____

Unterschrift : _____

Liebe Patientin, lieber Patient

wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse einer umfassenden Berücksichtigung Ihrer Anliegen bitten wir Sie, auch diese Fragen vollständig auszufüllen. Wenn Sie es wünschen, sind wir Ihnen dabei gerne behilflich.

Ihr Hauptanliegen:

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen?	ja q	nein q
Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen?	ja q	nein q
Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?	ja q	nein q
Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?	ja q	nein q
Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen?	ja q	nein q

Sonstiges:

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Amalgam-Entfernung	ja q	nein q
Aesthetische Verbesserungen Ihrer Zähne	ja q	nein q
dauerhafte Gebiss-Restaurations	ja q	nein q
Ersatz durch biologisch verträglicheres Material	ja q	nein q
Karies-Vermeidung	ja q	nein q
Kiefergelenk-Behandlung	ja q	nein q
Lebenslang gesunde Zähne	ja q	nein q
Implantate	ja q	nein q
zahnfarbene Keramikfüllungen	ja q	nein q
Zahnfleischgesundheit	ja q	nein q
zahngesunde Ernährung	ja q	nein q

Sonstiges:

Möchten Sie insbesondere über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert werden?
(Intensives Vorsorgeprogramm zur Vorbeugung von Erkrankungen der Zähne und des Zahnfleisches / Kieferknochens)

ja nein

Und noch eine letzte Frage in eigener Sache:

Wie haben Sie von unserer Praxis gehört?

Auf Empfehlung von: _____

Über das Internet

Über das Telefonbuch

**Bitte bringen Sie uns diesen Anmeldungsbogen
zu Ihrer Erstuntersuchung und Beratung ausgefüllt mit.**

Sollten hierzu noch Fragen auftreten, stehen wir Ihnen selbstverständlich gern zur Verfügung.

Ihr Praxisteam der
Zahnärztlichen Praxis Düsternbrook
Torsten Cordts

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir haben uns entschlossen, unsere Verwaltung zu entlasten, damit unsere Mitarbeiterinnen mehr Zeit für **Ihre** Wünsche und Bedürfnisse haben. Deshalb haben wir unser Rechnungswesen an eine Abrechnungsgesellschaft übertragen, die diese Arbeit für uns übernimmt. Sie erhalten Ihre Rechnungen also nicht mehr direkt von uns sondern über die BFS finance (ärztlich geleitete Verrrechnungsstelle, an die die hierfür erforderlichen Abrechnungsdaten übermittelt werden.)

Selbstverständlich erhalten Sie bei kostenpflichtigen Leistungen im Vorwege eine Kostenaufklärung oder sogar einen schriftlichen Kostenvoranschlag von uns.