



# Zahnarztpraxis

Dr. med. dent. Armin Köhler  
Dr. med. dent. Carolin Schneider

*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 korrekte und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

## Patient

Herr/Frau/Kind

Name

Vorname

Geb.-Datum

Mitglied (bei Familien-  
versicherten)

Anschrift

Krankenkasse

bzw. Versicherung

Beruf

Telefon

## Für Kassenpatienten

Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte 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.

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren Versorgungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen von der Kasse nicht übernommen werden ?

- ja  
 nein

Wünschen Sie über unser intensives **Prophylaxeprogramm** informiert zu werden?

- ja  
 nein

Wollen Sie mit unserem **Erinnerungsservice** regelmäßig an einen neuen Termin erinnert werden?

- ja durch: Postkarte - E-Mail - Anruf  
 nein E-Mail-Adresse: .....

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 Krankenkassen nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Mit Ihrer Unterschrift erhalten wir auch Ihr Einverständnis, ggf. über eine private Abrechnungsstelle liquidieren zu können.

Bitte wenden!



# Zahnarztpraxis

Dr. med. dent. Armin Köhler  
Dr. med. dent. Carolin Schneider

## Aufnahmebogen

<b>Ärztliche Behandlung:</b>	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____
<b>Hausarzt/Facharzt:</b>	Name, Adresse, Telefonnummer : _____
<b>Medikamente:</b>	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____
<b>Allergien:</b>	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____ Besitzen Sie einen Allergiepaß? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>Herzerkrankungen:</b>	Herzschwäche (Insuffizienz)? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Herzasthma, Angina pectoris <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Sonstiges? _____
<b>Kreislaufferkrankungen:</b>	Zu hoher Blutdruck? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Zu niedriger Blutdruck? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Zustand nach Herzinfarkt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Sonstiges? _____
<b>Vegetative Erkrankungen:</b>	Ohnmachtsanfälle? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Sonstiges? _____
<b>Stoffwechselerkrankungen:</b>	Zuckerkrankheit (Diabetes)? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Magen-Darmerkrankungen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Schilddrüsenerkrankungen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Sonstiges? _____
<b>Erkrankungen des Nervensystems:</b>	Epileptiforme Anfälle? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Krämpfe? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Sonstiges? _____
<b>Bluterkrankungen:</b>	Blutungsneigung (Hämophilie)? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Blutarmut (Anämie)? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Sonstiges? _____
<b>Infektionskrankheiten:</b>	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis)? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Tuberkulose? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, mit welchem Ergebnis? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Sonstiges? _____
<b>Weitere Angaben:</b>	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>Röntgen:</b>	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, wo? _____
Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.	
<b>Schwangerschaft:</b>	Wenn ja, in welchem Monat? _____

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