

DR. VOGT

ZAHNARZT & ORALCHIRURG

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 adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Herr/Frau/Kind

Name Vorname geb.

Mitglied

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße Nr. Tel. privat

Postleitzahl Ort

E-Mail-Adresse

Krankenversicherung

Zahnezusatzversicherung

Beruf und Arbeitgeber

Tel. tagsüber

Wünschen Sie eine Erinnerung an ihren halbjährlichen/jährlichen Termin per E-Mail? _____

Wie bzw. durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Für Kassenpatienten: Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte einmal im Quartal. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ (private Gebührenordnung).

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 Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Bitte wenden!

Aufnahmebogen

**Ärztliche
Behandlung:** Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

**Hausarzt/Facharzt:
Medikamente:** Name, Adresse und Telefonnummer: _____
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

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

**Vegetative
Erkrankungen:** Ohnmachtsanfälle? ja nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein
Sonstiges? _____

**Stoffwechsel-
Erkrankungen:** Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein
Magen-Darmerkrankungen? ja nein
Schilddrüsenerkrankungen? ja nein
Sonstiges? _____

**Erkrankung des
Nervensystems:** Epileptiforme Anfälle ja nein
Krämpfe? ja nein
Sonstiges? _____

**Infektions-
erkrankungen:** Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/____)? ja nein
Tuberkulose? ja nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? ja nein
Wurde bei Ihnen ein Aids-test durchgeführt? ja nein
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____
Sonstiges? _____

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein
Wenn ja, wo genau? _____

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat? _____

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

Datum: _____

Unterschrift: _____