

AUFNAHMEFORMULAR

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie kommen zur Zahnbehandlung in unserer Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet, dass für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten entstehen und dass wir die für Sie reservierte Zeit vollauf zu Ihrer Verfügung haben. Das bedeute aber auch, dass Sie, wenn Sie den Termin nicht einhalten können, diesen mindestens einen Tag vorher absagen müssen.

Als gesetzlich krankenversicherter Patient müssen Sie uns unbedingt die Krankenversicherungskarte spätestens zehn Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen.

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben:

Patient (Name, Vorname) geb. am

Versicherter (Name, Vorname) geb. am

Anschrift

Tel. privat dienstlich

E-Mail-Adresse

Allgemeinmedizinische Anamnese

Bitte ankreuzen

Ja / Nein

1. Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein? Welche?

.....

2. Bluten Sie lange nach einer Verletzung (Gerinnungsstörung)?

.....

3. Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?

- Aspirin/ASS Brilique/Ticagrelor Marcumar/Falithrom/Phenprocoumon
 Plavix/Iscover/Clopidogrel Ticlopidin

oder

4. Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt (Infusionen, Tabletten)? Wegen welcher Erkrankung?

.....

Wann? Mit welchem Präparat? Z.B. Alendron(säure), Bonviva, Bondronat, Actonel, Fosavance, Fosamax, Zometa, Zoledron(säure), Aredia, Aclasta, Pamidron(säure)

.....

Hatten Sie nach einer Tumorbehandlung eine Strahlenbehandlung im Kopf-/Halsbereich?
Wann?

.....

Hatten Sie jemals:

Bitte ankreuzen Ja / Nein

5. Eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?
(z.B. Penicillin, Jod etc.)

6. Herzerkrankungen(Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzbeschwerden, Schrittmacher)?

7. Kreislaufstörungen (Bitte ankreuzen) Bluthochdruck niedriger Blutdruck

8. Rheumatische Erkrankungen, Gelenkerkrankungen?

9. Lebererkrankungen (Gelbsucht, Hepatitis)?

10. Schilddrüsenerkrankung (Über-, Unterfunktion)?

11. Diabetes (Zuckerkrankheit)?

12. Atemwegserkrankungen

13. Nierenerkrankungen

14. Infektiöse Erkrankungen

15. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

16. Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Welche Woche?

17. Mein Hausarzt ist

18. Besteht ein Pflegegrad? Wenn ja, welcher?

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

Zahnmedizinische Anamnese

19. Bemerken Sie beim Zähneputzen Zahnfleischbluten?

20. Ist Ihnen bekannt, ob Sie mit den Zähnen knirschen, reiben oder pressen?

21. Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt?

Möchten Sie von uns halbjährlich / jährlich an Ihren
Kontrolluntersuchungstermin erinnert werden?

Bitte beachten Sie, dass Sie nach jeder zahnärztlichen Betäubung eingeschränkt verkehrs-
tauglich sind.

Die Zustimmung zur zahnärztlichen Datennutzung wird erteilt.

Kulmbach, den Unterschrift