

Aufnahmebogen für Erwachsene



Liebe Patientin, lieber Patient,
viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Alle von uns gestellten Fragen werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne!

weiblich männlich

Name:	_____	Vorname:	_____
Geb.Dat.:	_____	Alter:	_____
Straße :	_____	PLZ/Ort:	_____
Telefon:	_____	Mobil:	_____
Tel. dienstl.	_____	E-Mail:	_____
Beruf	_____	Arbeitgeber:	_____

Gesetzliche Krankenversicherung: _____
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Nein Ja welche: _____
private Krankenversicherung: _____

Bestehen bei Ihnen folgende Erkrankungen?

Erhöhter Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
zu niedriger Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Herzerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche _____
Herzoperation	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Diabetes (Zuckerkrankheit)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Bluterkrankung (z.B. Blutungsneigung)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis o.a.)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Asthma, Lungenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Lebererkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Magen-, Darmerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Rheuma, rheumatisches Fieber	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Muskelerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Anfallsleiden (Epilepsie)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Raucher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Allergien	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? wenn ja, welche _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Aspirin Marcumar
andere _____

Bei Frauen im gebärfähigen Alter: könnte eine Schwangerschaft bestehen? Ja Nein
wenn ja, wievielter Monat? _____

Hausarzt _____

Welche der aufgeführten zahnmedizinischen Erscheinungen treffen auf Sie zu?

Überempfindliche Zähne Zahnverfärbung
Zähneknirschen Kiefergelenkschmerzen
Zahnschmerz Zahnfleischbluten
Zahnlockerung Mundgeruch

Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? Ja Nein

Grund des heutigen Besuches? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet auf Empfehlung von _____
andere Quellen _____

Datum _____ Unterschrift _____

Wir sind eine Bestellpraxis und versuchen die Wartezeiten so kurz wie möglich zu halten. Kommen Sie deshalb bitte pünktlich zu Ihren Terminen. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, so bitten wir Sie – **mindestens einen Tag vorher** – abzusagen.