

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Aufnahmebogen

Persönliche Angaben:

<input type="checkbox"/> weiblich			<input type="checkbox"/> männlich			<input type="checkbox"/> divers		
Name _____		Vorname _____		geb. am: _____				
PLZ/Wohnort _____			Straße, Hausnummer _____					
Telefon/ Festnetz: _____			Handy _____			E-Mail _____		
Name des Versicherten, falls abweichend								
Name _____		Vorname _____		geb. am: _____				
Name und Anschrift Hausarzt _____								

Art der Versicherung:

- gesetzlich versichert Ja Nein Name: _____
- privat versichert Ja Nein Name: _____
- Basistarif Ja Nein
- Zusatzversicherung Ja Nein Name: _____
- Hartz4 => Bürgergeld Ja Nein Anspruch auf Härtefall Ja Nein

Allgemeine Angaben:

- Sind Sie Schwanger Ja Nein Wenn ja, in Welchen Monat? _____
- Pflegegrad (§15 SGB XI) Ja Nein Wenn ja, Welcher Pflegegrad? _____
- Wann wurden die letzten zahnärztlichen Röntgenaufnahmen gemacht? _____
- Raucher Ja Nein Wenn ja, 0-10 über 10 Zigarette/Tag
- Alkoholkonsum Ja Nein Wenn ja, selten oft regelmäßig
- Drogenkonsum Ja Nein _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- Hoher Blutdruck Ja Nein _____
- Niedriger Blutdruck Ja Nein _____
- Herzerkrankung Ja Nein _____
- Herzschrittmacher Ja Nein _____

Weiter Erkrankungen:

- Blutgerinnungsstörung Ja Nein _____
- Anfallsleiden/ Epilepsie Ja Nein _____
- Lungenerkrankung/ Asthma Ja Nein _____
- Diabetes Ja Nein _____
- Nierenerkrankung Ja Nein _____



- Magen- Darm – Erkrankung Ja Nein _____
- Ohnmachtsneigung Ja Nein _____
- Augenerkrankung Ja Nein _____
- Osteoporose Ja Nein _____
- Schilddrüsenerkrankung Ja Nein _____
- Kiefergelenksprobleme Ja Nein _____
- Schnarchen/ Apnoe Ja Nein _____
- andere: Ja Nein _____

Infektionserkrankungen:

- HIV Ja Nein _____
- AIDS Ja Nein _____
- Hepatitis Ja Nein _____
- Tuberkulose Ja Nein _____
- andere: Ja Nein _____

Allergien:

- Lokalanästhetika Ja Nein _____
- Schmerzmittel Ja Nein _____
- Antibiotika Ja Nein _____
- Milchunverträglichkeit Ja Nein _____
- andere: Ja Nein _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Service:

Dürfen wir Sie an die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung erinnern? Ja Nein

Kennen Sie unsere professionelle Zahnreinigung? Ja Nein

Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden!

Wie sind Sie auf unsere Praxis Aufmerksam geworden? _____

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während des Behandlungszeitraumes ergeben, umgehend zu informieren. Für den Fall, dass ich einen Termin nicht einhalten kann, werde ich diesen spätestens 24 Stunden im Voraus Absage. Mir ist bewusst, dass mir mögliche Kosten, die durch das Nichteinhalten eines Termins entstehen, in Rechnung gestellt werden können.

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitten wir Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten. Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher freigegebene Termine werden daher in Rechnung gestellt, die Kosten belaufen sich auf 100€ nach §§ 615, 611 BGB.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten laut DSGVO vom 25.05.2018 einverstanden.

Gensungen, den _____ Unterschrift _____