Zahnarztpraxis
Dr. Krieglstein
Ansbacher Str. 15 · 91595 Burgoberbach

AUFNAHMEBOGEN

Name des Patienten:_____ geb.:_____
Name des Versicherten:_____ geb.:_____
Anschrift:_____ Tel.:_____
Krankenkasse:_____ Freiwillig versichert: O
Pflichtversichert· . O
Beruf:_____ Arbeitgeber:_____
Anschrift:_____ Tel.:_____

Name und Anschrift Ihres vorigen Zahnarztes:_____
Name und Anschrift Ihres Hausarztes:_____
Grund Ihres Arztbesuches:_____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1. Wann und wo wurden Sie das letzte Mal geröntgt?_____
2. Sind Sie in ständiger ärztlicher Behandlung? Ja O Nein O
   Wenn ja, weswegen?_____
3. Neigen Sie zu Nachblutungen? (z.B. bei Zahnextraktionen) Ja O Nein O
4. Reagieren Sie auf Medikamente überempfindlich Ja O Nein O
   (Allergie)_____
5. Liegen oder lagen Erkrankungen vor? Ja O Nein O
   · Herzerkrankungen? _____ Ja O Nein O
   · Lebererkrankungen, Gelbsucht? _____ Ja O Nein O
   · Infektionskrankheiten?(Aids, Tbc) _____ Ja O Nein O
   · Diabetes? _____ Ja O Nein O
   · Nierenerkrankungen? _____ Ja O Nein O
   · Lungenerkrankungen?(Asthma, Bronchitis)_____ Ja O Nein O
   · Hoher / Niedriger Blutdruck? _____ Ja O Nein O
   · Magen-Darm-Erkrankungen? _____ Ja O Nein O
   · Schilddrüsenerkrankungen? _____ Ja O Nein O
   · Nervenkrankheiten, psychische Erkrankungen?_____ Ja O Nein O
   · Sind Sie Tumor-/Osteoporosepatient?(Prostata, Mamma) Ja O Nein O
6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja O Nein O
   · Cortison? Ja O Nein O
   · Biphosphonate? (Bonefos, Clodronostac, Didron
   · Ostac, Didronel, Diphos, Editron, Aredia, Pamidron,
   Actonel, Bondronat, Fosamax, Zometa) Ja O Nein O
   · blutgerinnungshemmende Medikamente?(ASS, Marcumar,
   Plavix, Godamed, Ticlopidin, Iscover) Ja O Nein O
7. Welche Medikamente nehmen Sie_____
   _____
   _____
   _____
   _____
8. Besteht eine Schwangerschaft Ja O Nein O
9. Rauchen Sie, wenn ja wie viel? _____ Ja O Nein O
10. Wollen Sie über höherwertige Leistungen, die nicht zum
    Leistungskatalog der gesetzl. Krankenkassen zählen, Ja O Nein O
    informiert werden?

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Adresse mit. Ihre Angaben werden von uns ggf . elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Ich willige ein, dass der Praxisinhaber Einsicht in meine vorhandene Behandlungskartei (bzw. die meiner Kinder), einschließlich aller Unterlagen erhält.

Ich erkläre mich mit der Behandlung durch den Praxisinhaber oder dessen Mitarbeiter einverstanden.

Burgoberbach, den _____Unterschrift:_____