

### 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.

Ihre Zahnärztin Cornelia Reiniger-Pallotta

### Patient

#### Herr/Frau/Kind

Name Vorname geb.

#### Versicherter

Name Vorname geb.

#### Anschrift

Straße Nr. Tel. privat

Postleitzahl Ort

#### Email Adresse

#### Beruf/Arbeitgeber

Tel. geschäftlich

#### Krankenkasse oder Versicherung

#### Zusatzversicherung

#### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

### Für Kassenpatienten

Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

### Bestellpraxis: Hinweis zur Organisation

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



### Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?  Ja  Nein

### Allergien

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen Verdacht einer Überempfindlichkeit? \_\_\_\_\_

Herzerkrankungen  Ja  Nein

Zu hoher Blutdruck  Ja  Nein

Zu niedriger Blutdruck  Ja  Nein

Zuckerkrankheit (Diabetes)  Ja  Nein

Epileptiforme Anfälle  Ja  Nein

Blutungsneigung (Hämophilie)  Ja  Nein

Tuberkulose  Ja  Nein

Hepatitis A/B  Ja  Nein

AIDS / HIV  Ja  Nein

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

### Weitere Angaben

Haben Sie Zahnarztangst?  Ja  Nein

Haben Sie Zahnfleischbluten?  Ja  Nein

Knacken Ihre Kiefergelenke?  Ja  Nein

Möchten Sie an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden?  Ja  Nein

Wenn ja, Unterschrift \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche Form der Erinnerung bevorzugen Sie?  Email  SMS  Telefon

Ich wünsche eine spezielle Beratung über  Zahnreinigung/Bleaching  Füllungsalternativen  
 Kiefergelenksbehandlung  Implantate  
 Schönheit meines Lächelns



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

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_