



Dr. Jochen Herrmann
und Kollegen
Zahnarzt und Oralchirurg

Lindenschmitstraße 44
81371 München
Tel.: 089 - 7 25 23 49
Fax: 089 - 7 25 01 07

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe Ihren Wünschen widmen, 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 Zahnärzte Dr. Herrmann und Kollegen

Patient (Herr/Frau/Kind):

Name Vorname Geburtsdatum

Falls familienversichert:

Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift:

Straße Hausnummer Telefon (tagsüber)

Postleitzahl Ort Telefon (Mobil)

E-Mail

Privat versichert bei:

Beihilfe: Ja Nein

Gesetzlich versichert bei:

Besteht eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Beruf:

Arbeitgeber:

Bestellpraxis: Hinweis zur Organisation

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach GOZ berechnen müssen.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des europäischen Datenschutzes. Mit der Weitergabe meiner Daten an mitbehandelnde Ärzte und Zahntechnikermeister bin ich einverstanden.

Bitte wenden >

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung:

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Ja

Nein

Hausarzt/Facharzt:

Name, Adresse und Telefonnummer:

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Allergien:

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeit?

Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz)?

Ja

Nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?

Ja

Nein

Herzasthma (Angina pectoris)?

Ja

Nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?

Ja

Nein

Kreislaufferkrankungen:

Zu hoher Blutdruck?

Ja

Nein

Zu niedriger Blutdruck?

Ja

Nein

Zustand nach Herzinfarkt?

Ja

Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?

Ja

Nein

Vegetative Erkrankungen:

Ohnmachtsanfälle?

Ja

Nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?

Ja

Nein

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes)?

Ja

Nein

Magen-Darmerkrankungen?

Ja

Nein

Schilddrüsenerkrankungen?

Ja

Nein

Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptiforme Anfälle?

Ja

Nein

Krämpfe?

Ja

Nein

Bluterkrankungen:

Blutungsneigung (Hämophilie)?

Ja

Nein

Blutarmut (Anämie)?

Ja

Nein

Infektionskrankheiten:

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? Tuberkulose?

Ja

Nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?

Ja

Nein

Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt?

Ja

Nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis

Weitere Angaben:

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?

Ja

Nein

Röntgen:

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?

Ja

Nein

Wenn ja, wo?

Schwangerschaft:

Wenn ja, in welchem Monat?

Ja

Nein

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

.....
Datum

.....
Unterschrift