

Dr. med. dent.

RALF SCHÄFER

ÄSTHETISCHE ZAHNHEILKUNDE

Mittelweg 14 B - 21698 Harsefeld - Telefon: 04164-800198 - Telefax: 04164-800197

Herzlich Willkommen in meiner 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.

Ihr Dr. Ralf Schäfer

Aufnahme-/ Anamnesebogen Teil I:

Patient

Herr / Frau

Name Vorname Geburtsdatum

versichert über

(Ehemann, Mutter)

Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift /

Kontakt

Straße / Nr. Tel. privat

PLZ Ort

Krankenkasse /

Versicherung

Name der Versicherung

Arbeitgeber

Name des Betriebes

Wünschen Sie, von uns über neue, moderne und bessere zahnmedizinische Versorgungsleistungen informiert zu werden, auch wenn diese Leistungen von der Krankenkasse nicht oder nur zum Teil übernommen werden? (z.B. Füllungsarten, Implantate)

ja nein

Wünschen Sie, insbesondere über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden?

ja nein

Wünschen Sie von uns an Ihre nächsten Kontrolluntersuchungen erinnert zu werden?

- ja, per E-Mail: _____
- ja, per Post
- nein

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Falls Sie mal verhindert sind bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Somit haben andere Patienten die Möglichkeit evtl. diesen Termin kurzfristig zu bekommen. Andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Wenn Sie einmal kurzfristig einen Termin benötigen, da Sie zum Beispiel Zahnschmerzen haben, bitten wir Sie, uns vorher anzurufen, da wir spezielle Schmerzzeiten für unsere Patienten eingerichtet haben.

Ort, Datum

Unterschrift

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Aufnahme-/ Anamnesebogen Teil II:

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

- ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

- ja nein

Wenn ja, welche? _____

Hausarzt/Facharzt: Name, Adresse und Telefonnummer:

Allergien: Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass?

- ja nein

Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz)?

ja nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?

ja nein

Herzasthma, Angina pectoris?

ja nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?

ja nein

Bluthochdruck?

ja nein

Sonstiges? _____

Vegetative Ohnmachtsanfälle?

ja nein

Sonstige Erkrankungen:

Migräne?

ja nein

Grüner Star (Glaukom)?

ja nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?

ja nein

Stoffwechsel- Zuckerkrankheit (Diabetes)?

ja nein

Magen-Darmerkrankungen?

ja nein

Schilddrüsenerkrankungen?

ja nein

Rheuma?

ja nein

Erkrankung des Nervensystems:

Epileptiforme Anfälle?

ja nein

Krämpfe?

ja nein

Sonstiges? _____

Bluterkrankungen:

Blutungsneigung (Hämophilie)?

ja nein

Blutarmut (Anämie)?

ja nein

Sonstiges? _____

Infektionskrankheiten:

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

ja nein

Tuberkulose?

ja nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?

ja nein

Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt?

ja nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

Sonstiges? _____

Weitere Angaben:

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?

ja nein

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat?

Ich bin auf Ihre Praxis aufmerksam geworden durch:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Ort, Datum

Unterschrift