

Dr. med. dent. **Roland Knob**

Zahnarzt
Talstraße 39
41516 Grevenbroich

Tel: 02181 2123
Fax: 02181 18465
www.drknoben.de



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist unerlässlich für eine risikofreie Behandlung. Ihre Daten werden z.T. elektronisch gespeichert, unterliegen aber der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB!

Patient:

Name Vorname geb.

Hauptversicherter:

Name Vorname geb.

Telefon:

Privat ggf. mobil ggf. geschäftlich

Anschrift:

Straße, Nr. PLZ, Ort

Arbeitgeber: *

Beruf: *

* Freiwillige Angaben

Krankenkasse / Versicherung:

pflichtversichert freiwillig versichert priv. Zusatzversicherung
 privatversichert privat/Standardversichert beihilfeberechtigt

Name, ggf. Anschrift und Tel. Nr. Ihres Hausarztes:

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 Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung (Recall, wichtig für Ihr Bonusheft) erinnert zu werden? Ja Nein

Um einen reibungslosen Behandlungsablauf gewährleisten zu können, ist es notwendig, bestimmte Patientendaten weiter zu leiten z.B. an die Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, zahntechnische Laboratorien oder Rechenzentren.

Erklären Sie sich hiermit einverstanden? Ja Nein

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind dazu berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkasse nach der GOZ in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen, dadurch kann es zuweilen zu Zeitverzögerungen kommen.

Aufnahmebogen

Um Komplikationen zu vermeiden bitten wir Sie in Ihrem eigenen Interesse um wahrheitsgemäße Angaben!

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

Wenn ja, wann?

- | | | | |
|--|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Herzerkrankungen: | Herzschwäche (Insuffizienz) | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| | Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| | Herzasthma, Angina pectoris | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| | Herzinfarkt | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| | Herzschrittmacher, Herzklappenersatz | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| | Herzmuskelentzündung | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Kreislaufferkrankungen: | zu hoher Blutdruck | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| | zu niedriger Blutdruck | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| | Ohnmachtsanfälle | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| | Einnahme gerinnungshemmende Medikamente | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Stoffwechselerkrankungen: | Zuckerkrankheit (Diabetes) | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| | Magen-Darm-Erkrankungen | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| | Schilddrüsenerkrankungen | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Infektionserkrankungen: | Leberentzündung Gelbsucht (Hepatitis A/B) | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| | Tuberkulose | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| | Chronische Erkrankungen der Atemwege (Husten) | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| | AIDS, HIV | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Bluterkrankungen: | Blutungsneigung (Hämophilie) | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| | Blutarmut (Anämie) | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen des Nervensystems: | epileptiforme Anfälle | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| | Krämpfe | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Allergien: | Ekzeme | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| | Penicillin-Überempfindlichkeit | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| | Asthma | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| | Besitzen Sie einen Allergiepass | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |

Organtransplantationen, andere Endoprothesen? nein ja

Überempfindlichkeit (allergische Reaktion) gegen _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? _____

Sonstige Erkrankungen? _____

- Weitere Angaben:**
- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Sind, oder waren Sie Drogen- oder Alkoholabhängig | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie schwanger (Welcher Monat?) | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie Raucher | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |

Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege benutzen Sie?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.
In eigener Sache: Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam gemacht worden?

durch Bekannte / Freunde: aus dem Internet:

Sonstige Gründe: _____

Datum: ____ . ____ . ____ Unterschrift: _____