

Patientenaufnahmebogen

Vielen Dank für das uns entgegengebrachte Vertrauen. Um Sie ordnungsgemäß behandeln zu können, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Wir möchten Sie daher bitten, den Patientenaufnahmebogen gewissenhaft auszufüllen. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

Name des Patienten: _____ Vorname: _____ Geb-Datum: _____

Name des Versicherten: _____ Vorname: _____ Geb-Datum: _____

Straße _____ PLZ / Wohnort: _____

Tel: _____ Arbeitgeber: _____

Krankenkasse bzw. Versicherung: _____ Mitgliedsnummer: _____

Versicherungsstatus: gesetzlich: Mitglied, Familienangehöriger
Privat , Beihilfe/ Zusatzversicherung: ja nein

Waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus? ja nein
Wenn ja, warum? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, für welche Art der Krankheit? _____

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?

<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung			<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung

Herz- Kreislauf-Erkrankungen

<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Herzklappenfehler
<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Hypotonie	

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? ja nein

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein
Wenn ja, wo? _____

Haben Sie Probleme mit Ihrem Zahnfleisch? ja nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Zahnfleischbehandlung durchgeführt? ja nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung im Kopfbereich? _____

Was wurde geröntgt? _____

Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam worden? _____

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten