



# Aufnahmefragebogen

*Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen!*

*Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen; bei eventuellen Fragen helfen wir gerne.*

Name:	<i>falls Student o.ä., bitte Heimatanschrift angeben</i>
Vorname:	
PLZ., Wohnort:	PLZ., Wohnort:
Straße, Nr.:	Straße, Nr.:
Telefon - Nr.:	Telefon - Nr.:
Handy- Nr.:	
Geb.-Datum:	E-Mail Adresse:
privat zusatzversichert ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Beruf:	Arbeitgeber:
Hausarzt:	Telefon dienstlich:
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?	
Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin kostenlos erinnert werden? (Recall = Erinnerungsdienst) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wünschen Sie eine besondere Beratung über:	
<input type="checkbox"/> Karies - Risikotest	<input type="checkbox"/> Ästhetik (Bleichen, Zahnformveränderung, Lückenverkleinerung)
<input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/> Funktionsdiagnostik (Craniomandibuläre Dysfunktion CMD)
<input type="checkbox"/> zahnfarbene Füllungen	<input type="checkbox"/> Prothesenreinigung
<input type="checkbox"/> Amalgam - Alternativen	
<input type="checkbox"/> künstliche Wurzeln ( Implantate )	
<input type="checkbox"/> festsitzender Zahnersatz auf Implantaten	

Bitte wenden

Für Ihre Behandlung benötigen wir folgende Angaben, die selbstverständlich der Schweigepflicht unterliegen:

**Bitte ankreuzen**

Stehen Sie in dauernder ärztlicher Behandlung ja  nein   
Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen:

ja nein

- • zu hohem Blutdruck
- • zu niedrigem Blutdruck
- • Herzinfarkt
- • Herzschrittmacher
- • Herzoperationen
- • Haben Sie einen Herzpass?
- • Haben Sie einen Allergiepäss?
- • Tumorerkrankungen
- • Blutkrankheiten
- • Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung hemmen?  
(Mittel zur Blutverdünnung)
- HIV-Infektion

ja nein

- • Augenerkrankungen
- • Epilepsie
- • Zuckerkrankheit
- • Schilddrüsenerkrankung
- • Nervenerkrankung
- • Hepatitis / Gelbsucht
- • Nierenerkrankung / Dialyse
- • Magen- / Darmerkrankung
- • Rheuma / rheumatisches Fieber
- • Asthma / Lungen-erkrankung
- Kopf- oder Nacken-schmerzen / Migräne

Osteoporose

Bisphosphonatbehandlung

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?  
Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?  
(auch solche, die der Vorbeu-gung dienen)

---

---

---

---

---

Windischeschenbach, den -----

Unterschrift -----