



Dr. Burkhard Sude

Zahnarzt

Eichenstr. 2

88099 Neukirch

Herzlich Willkommen in unserer 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 individuell abgestimmte und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Unterlagen auch einem zahnärztlichen Vertreter bzw. einem eventuellen Nachfolger zur Verfügung stehen.

Patient
Herr/Frau/Kind

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mitglied
(=Versicherter)

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Tel. privat _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Krankenkasse _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____ Telefon dienstlich _____

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 der GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) berechnen müssen.

Aus diesem Grund bieten wir Ihnen einen **kostenlosen** Erinnerungs-Service (per SMS) an, sofern Sie uns eine entsprechende mobile Telefonnummer zur Verfügung stellen. 📞

Material-Testung*: ich wünsche eine Materialtestung ich wünsche **keine** Materialtestung

* vorzugsweise für Allergiker (Unverträglichkeiten von z.B. Nickel, diverse Nahrungsmittel)

Ich wurde darüber informiert, dass bei Verabreichung einer Spritze das Reaktionsvermögen, u.a. im Straßenverkehr, beeinträchtigt sein kann.

Datum _____

Unterschrift _____

AUFNAHMEBOGEN

Ärztliche Behandlung:

Ja Nein Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt/Facharzt: Name / Ort : _____

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Besitzen Sie einen Medikamentenplan?

Allergien:

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

Ja Nein Besitzen Sie einen Allergiepass ?

Herzerkrankungen:

Ja Nein Herzschwäche (Insuffizienz)?Ja Nein Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?Ja Nein Herzasthma, Angina pectoris?Ja Nein Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?

Sonstiges? _____

Erkrankungen des Nervensystems:

Ja Nein Epileptische Anfälle?Ja Nein Krämpfe?

Sonstiges? _____

Kreislaufkrankungen:

Ja Nein Zu hoher Blutdruck?Ja Nein Zu niedriger Blutdruck?Ja Nein Nehmen Sie gerinnungshemmende
Medikamente ein?

Sonstiges? _____

Bluterkrankungen:

Ja Nein Blutungsneigung (Hämophilie)?Ja Nein Blutarmut (Anämie)?

Sonstiges? _____

Vegetative Erkrankungen:

Ja Nein Ohnmachtsanfälle?Ja Nein Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?

Sonstiges? _____

Infektionskrankheiten:

Ja Nein Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B)?Ja Nein Tuberkulose?Ja Nein Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue
Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit?Ja Nein Chronische Erkrankungen der Atemwege,
Husten, etc.?

Sonstiges

(z.B. Aids)? _____

Stoffwechselerkrankungen:

Ja Nein Zuckerkrankheit (Diabetes)?Ja Nein Magen- Darmerkrankungen?Ja Nein Schilddrüsenerkrankungen?

Sonstiges? _____

Weitere Angaben:

Ja Nein Sind Sie drogen-oder alkoholabhängig?Ja Nein Wurde bei Ihnen bereits eine Zahnfleisch-Behandlung durchgeführt?Ja Nein Röntgen: Wurde im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-Kiefer- Zahnbereich angefertigt?Ja Nein Corona-Impfung: Impfstoff _____

Besondere Umstände, die wir als Arzt wissen sollten: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Bitte teilen Sie uns eventuelle Änderungen der obigen Angaben sofort mit.

Datum _____

Unterschrift _____