



Praxis für Zahnheilkunde
Dr. med. dent. Uwe Harth
Dr. med. dent. Ursula Harth



Am Schliepsteiner Tor 5
 32105 Bad Salzuflen

Telefon: 0 52 22/1 35 35
 Telefax: 0 52 22/6 18 02

Dres.Harth@telemed.de
 www.dres-harth.de

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 adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Dr. Uwe Harth und Ihre Dr. Ursula Harth

Patient
Herr/Frau/Kind

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mitglied

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Tel. privat/tagsüber _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Krankenkasse
o. Versicherung

Mitgliedsnummer _____

Beruf

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 Std. zuvor abgesagt wurden, nach GOZ berechnen müssen.

Für Kassenpatienten

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsleistungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

ja
 nein

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

ja, ich möchte in Zukunft nie mehr Karies haben
 nein

Datum _____

Unterschrift _____

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt/Facharzt

Name, Adresse und Telefon-Nr.: _____

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Bekommen Sie regelmäßig Infusionen verabreicht? ja nein

Wenn ja, welches Medikament? _____

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

Sonstiges? _____

Kreislaufkrankungen

Zu hoher Blutdruck? ja nein

Zu niedriger Blutdruck? ja nein

Zustand nach Herzinfarkt? ja nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ja nein

Sonstiges? _____

Vegetative Erkrankungen

Ohnmachtsanfälle? ja nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein

Sonstiges? _____

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein

Magen-/ Darmerkrankungen? ja nein

Schilddrüsenerkrankungen? ja nein

Sonstiges? _____

Erkrankung des Nervensystems

Epileptiforme Anfälle? ja nein

Krämpfe? ja nein

Sonstiges? _____

Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie)? ja nein

Blutarmut (Anämie)? ja nein

Sonstiges? _____

Infektionskrankheiten

Leberentz./Gelbsucht (Hepatitis A/B)? ja nein

Tuberkulose? ja nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? ja nein

Wurde bei Ihnen ein Aids-test durchgeführt? ja nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

Sonstiges? _____

Weitere Angaben

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein

Röntgen

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-/ Kiefer-/ Zahnbereich angefertigt? ja nein

Wenn ja, wo? _____

Unsere modernen Röntgengeräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum _____

Unterschrift _____