



## Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Jörg Burger

Brienner Str. 55 · 80333 München · Tel. 089/59 31 88 · Fax 089/ 54 82 88 55 · www.zahnarzt-burger.de · praxis@zahnarzt-burger.de

Mitglied der DAAAM

Mitglied der DGCZ

(Dt. Akademie für Akupunktur und Aurikulomedizin e. V.)

(Dt. Gesellschaft für computergestützte Zahnheilkunde e. V.)

# Aufnahmebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre gesundheitliche Vorgeschichte ist wichtig, um unnötige Komplikationen bei der Behandlung vermeiden zu können. **Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, dies gilt auch für Kunden der Praxis für Ernährungsberatung (zb. bei kosmetischen Zahnreinigungen etc.)!**

Ihr Zahnarztpraxisteam Dr. Jörg Burger

<b>Name</b> (Herr/Frau/Kind)	<b>Name der Kasse</b>
<b>Vorname</b>	Als Familienmitglied/Angehöriger mitversichert <input type="checkbox"/>
<b>Straße/Hausnummer</b>	Pflichtmitglied <input type="checkbox"/>
<b>PLZ, Wohnort</b>	Freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/>
<b>Geburtsdatum</b>	Rentner <input type="checkbox"/>
<b>Telefon privat</b>	
<b>Mobiltelefon</b>	<b>Name des Mitglieds/ Geburtsdatum</b>
<b>Telefon gesch.</b>	Privat versichert <input type="checkbox"/>
<b>Telefax</b>	Nicht versichert <input type="checkbox"/>
<b>E-Mail</b>	Beihilfeberechtigt (Bund/Land/Stadt o. ä.) <input type="checkbox"/>
<b>Beruf</b>	
<b>Arbeitgeber</b>	<b><u>Für Kassenpatienten:</u></b> Haben Sie eine private Zusatzversicherung? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Unsere Praxis wurde empfohlen von:</b>	<b><i>Wünschen</i></b> Sie darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen von der Krankenkasse nicht übernommen werden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wünschen Sie insbesondere über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden? Ja  Nein

Wünschen Sie in unser Recall-System (Erinnerung zur halbjährlichen Kontrolle/ Zahnreinigung) aufgenommen zu werden? Ja  Nein

### Hinweis zur Praxisorganisation – Bestellpraxis:

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 reservierte, nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, mit 80 € pro Stunde berechnen müssen. Dem Patienten ist ausdrücklich der Nachweis gestattet, dass uns ein Schaden überhaupt nicht entstanden ist oder wesentlich niedriger als die vereinbarte Pauschale ist.



## Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Jörg Burger

Brienner Str. 55 · 80333 München · Tel. 089/59 31 88 · Fax 089/ 54 82 88 55 · www.zahnarzt-burger.de · praxis@zahnarzt-burger.de

### Mitglied der DAAAM

(Dt. Akademie für Akupunktur und Aurikulomedizin e. V.)

### Mitglied der DGCZ

(Dt. Gesellschaft für computergestützte Zahnheilkunde e. V.)

#### Ärztliche Behandlung

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung ? Ja  Nein   
enn ja, wegen welcher ErkrankungW?

#### Facharzt/Hausarzt

(Name / Adresse / Telefon)

#### Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein ?

#### Allergie

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

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja  Nein

#### Herzkrankungen

Herzschwäche ( Insuffizienz) ? Ja  Nein   
Unregelmäßiger Herzschlag ? Ja  Nein   
Angina pectoris ? Ja  Nein   
Zustand nach Herzinfarkt ? Ja  Nein   
Herzschrittmacher ? Ja  Nein   
Herzfehler / Klappenersatz ? Ja  Nein   
Endokarditis ? Ja  Nein   
Sonstiges ? Ja  Nein

Benötigen Sie eine Antibiotika-Prophylaxe?

#### Kreislaufkrankungen

Zu hoher Blutdruck ? Ja  Nein   
Zu niedriger Blutdruck ? Ja  Nein   
Sonstiges ? Ja  Nein

#### Vegetative Erkrankungen

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

#### Erkrankungen anderer Organe

Zuckerkrankheit (Diabetes) ? Ja  Nein   
Lungenerkrankungen / Asthma ? Ja  Nein   
Schilddrüsenerkrankungen ? Ja  Nein   
Magen- Darmerkrankungen ? Ja  Nein   
Nierenerkrankungen ? Ja  Nein   
Sonstiges ? Ja  Nein

#### Erkrankungen des Nervensystems

Epileptische Anfälle ? Ja  Nein   
Krämpfe ? Ja  Nein

#### Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie) ? Ja  Nein   
Blutarmut (Anämie) ? Ja  Nein   
Nehmen Sie gerinnungshemmende  
Medikamente ein (Marcumar /Ass) ? Ja  Nein   
Sonstiges ?

#### Infektionserkrankungen

Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? 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? Pos.  Neg.

#### Sonstiges

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? Ja  Nein   
Wenn ja, seit wann?  
Traten in zeitlichem Zusammenhang  
nicht zuordenbare Beschwerden auf? Ja  Nein   
Haben Sie Zahnfleischbluten? Ja  Nein   
Hatten oder haben Sie metallhaltige  
Zahnfüllungen und/oder Ersatz? Ja  Nein   
Wenn ja, bitte bringen Sie zur Testung die  
Konformitätserklärung des Ersatzes mit!  
Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk? Ja  Nein   
Ist Ihre Mundöffnung eingeschränkt? Ja  Nein   
Haben Sie Nackenschmerzen/Kreuzschmerzen? Ja  Nein   
Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung? Ja  Nein

#### 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 ?

#### Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat?

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

München, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

#### Hinweis zur Praxisorganisation – Bestellpraxis:

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 reservierte, nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, mit 80 € pro Stunde berechnen müssen. Dem Patienten ist ausdrücklich der Nachweis gestattet, dass uns ein Schaden überhaupt nicht entstanden ist oder wesentlich niedriger als die vereinbarte Pauschale ist.