

Zahnarztpraxis Dr. Jörg Burger & Kollegen

Kistlerhofstr. 88 · 81379 München · Tel. 089/13 44 46 · Fax 089/ 13 18 04 · www.zahnarzt-burger.de · info@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

| | |
|--|--|
| Name (Herr/Frau/Kind) | Name der Kasse |
| Vorname | Als Familienmitglied/Angehöriger mitversichert <input type="checkbox"/> |
| Straße/Hausnummer | Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> |
| PLZ, Wohnort | Freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> |
| Geburtsdatum | Rentner <input type="checkbox"/> |
| Telefon privat | |
| Mobiltelefon | Name des Mitglieds/ Geburtsdatum |
| Telefon gesch. | Privat versichert <input type="checkbox"/> |
| Telefax | Nicht versichert <input type="checkbox"/> |
| E-Mail | Beihilfeberechtigt (Bund/Land/Stadt o. ä.) <input type="checkbox"/> |
| Beruf | |
| Arbeitgeber | <u>Für Kassenpatienten:</u> Haben Sie eine private Zusatzversicherung? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Unsere Praxis wurde empfohlen von: | <i>Wünschen</i> 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. Jörg Burger & Kollegen

Kistlerhofstr. 88· 81379 München ·Tel. 089/13 44 46 ·Fax 089/ 13 18 04· www.zahnarzt-burger.de · info@zahnarzt-burger.de

Mitglied der DAAAM

Mitglied der DGCZ

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

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

Ärztliche Behandlung

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung ? Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung ?

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

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.

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. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit
meiner Angaben und stimme der Datenübermittlung meiner
Patientendaten an Dritte zu. Ich bin darauf hingewiesen worden,
dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-
Mail an die Praxis widerrufen kann.(Art.7 Abs3 DSGVO).

München, den _____

Unterschrift _____