Zahnärztliche Praxis
in der Goldstraße

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.

Ihre Dr. A.-K. Rohlfing M.Sc. und Dr. M. Behm

Patient
Herr/Frau/Kind _____
Name | Vorname | geb.

Mitglied _____
Name | Vorname | geb.

Anschrift _____
Straße | Nr. | Tel. Privat | Fax Privat

_____
Postleitzahl | Ort | E-Mail | Mobil

Beruf / Arbeitgeber _____
Tel. tagsüber | Fax tagsüber

Krankenkasse
oder Versicherung _____

Für Kassenpatienten:
Bitte denken Sie an Ihre Versicherungskarte. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ).

Für Beihilfepatienten:
Bitte bedenken Sie, daß wir gehalten sind, unsere Rechnung nach der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu erstellen. Da sich die Beihilferichtlinien von der GOZ unterscheiden, ist eine vollständige Übernahme der Kosten für eine Privatbehandlung nicht immer gewährleistet.

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an Neueren und Besseren zahnmedizinischen Versorgungen 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 ○ nein

Wenn ja, wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden? ○ ja ○ nein

Schnarchen Sie im Schlaf? ○ ja ○ nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ○ ja ○ nein

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, daß Patienten die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen - dadurch sind Zeitverzögerungen nicht immer zu vermeiden.

Bitte wenden!

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung:	Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?	○ ja ○ nein
	Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____	
Hausarzt/Facharzt:	Name, Adresse und Telefonnummer: _____	
Medikamente:	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____	
	Nehmen Sie Bisphosphonate? (bei Krebserkrankungen, Osteoporose etc.)	○ ja ○ nein
Allergien:	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeiten? _____	
	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? _____	
Kreislauferkrankungen:	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? _____	
Stoffwechsel-erkrankungen:	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 (Hämophihe)?	○ ja ○ nein
	Blutarmut (Anämie)?	○ ja ○ nein
	Sonstiges: _____	
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/)?	○ ja ○ nein
	Tuberkulose?	○ ja ○ nein
	Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?	○ ja ○ nein
	Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt?	○ ja ○ nein
	Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____	
	Sonstiges? _____	
Weitere Angaben:	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?	○ ja ○ nein
Röntgen:	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?	○ ja ○ nein
	Wenn ja, bei welchem Arzt? _____	
	(Unsere modernen digitalen Systeme 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: _____

Dr. Michael Behm Fachzahnarzt für Oralchirurgie Zahnarzt Hypnosetherapie
Dr. Ann-Kathrin Rohlfing Zahnärztin Master of Science orale Implantologie und Parodontologie
Goldstraße 1 33602 Bielefeld praxis@bielefeld-zahnaerzte.de www. bielefeld-zahnaerzte.de