



ZAHNARZTPRAXIS
DR. BALAZS-HEPPER

Dr. Judit Balazs-Hepper

Zahnärztin

Möllerstraße 29 (Ärztehaus)

D-58119 Hagen-Hohenlimburg

Telefon: 02334/52290

Telefax: 02334/580565

praxis@dr-balazs-hepper.de

www.dr-balazs-hepper.de

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre 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!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Patient - Herr/Frau/Kind

Name Vorname geb.

Mitglied

.....

Anschrift

Straße Haus-Nr. Tel. privat / tagsüber

Postleitzahl Ort

Krankenkasse
oder Versicherung

.....

Mitgliedsnummer

Beruf

.....

Arbeitgeber

.....

Sind Sie freiwillig versichert ?

Ja Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Ja Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt ?

Ja Nein

Durch wen wurden wir empfohlen ?

.....

Wünschen Sie eine besondere Beratung zu:

Paradontosebehandlung

Implantate

Individual - Prophylaxe

Hochwertige Füllungstherapie: Keramik, Gold, ART-Glas

Amalgamentfernung, Quecksilberentgiftung

Ganzheitliche Zahnheilkunde, Akupunktur, Homöopathie

Kiefergelenkbehandlung

Sonstiges:

.....

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans ?

Wünschen sie nur eine Behandlung der z.Z. vorhandenen Beschwerden ?

Die folgende Frage richtet sich an gesetzlich Versicherte:

Möchten Sie von uns darüber informiert werden, was an neuerer und besserer zahnmedizinischer Versorgung für Sie möglich ist, auch wenn diese Leistungen von Ihrer Krankenkasse nicht oder nur zum Teil übernommen werden ?

Ja Nein

**Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen,
da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.**

.....
Datum, Unterschrift

Aufnahmebogen

Haben Sie Schmerzen? Ja Nein
Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Hausarzt / Facharzt:

.....
Name, Adresse und Telefonnummer:

Medikamente:

.....
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Allergien:

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

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Herzerkrankungen:

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

Kreislaufferkrankungen:

Zu hoher Blutdruck? Ja Nein Sonstiges?
Zu niedriger Blutdruck? Ja Nein
Zustand nach Herzinfarkt? Ja Nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Ja Nein

Vegetative Erkrankungen:

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

Stoffwechselerkrankungen:

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

Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptiforme Anfälle? Ja Nein Sonstiges?
Krämpfe? Ja Nein

Bluterkrankungen:

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

Infektionskrankheiten:

Leberentz./Gelbsucht (Hepatitis A / B)? Ja Nein Sonstiges?
Tuberkulose? Ja Nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? Ja Nein
Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

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?

Wir weisen Sie hiermit darauf hin, dass nach Injektionen Ihre Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigt sein kann.

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

.....
Datum, Unterschrift