

# Aufnahmebogen

Patient .....

Name Vorname geb.am geb. in

Mitglied (Hauptversicherter) .....

Name Vorname geb. am

Ihre Anschrift:.....

Straße Haus-Nr. PLZ Ort

Telefon: Privat.....Mobil:.....Dienstl.....

Arbeitgeber:.....

Krankenversicherung:.....

Ihr Hausarzt/Kinderarzt: .....in .....

Wurden bei Ihnen folgende Erkrankungen festgestellt ? Kreuzen Sie bitte ja oder nein an.

-Allergien ja  nein

wogegen ? .....

-Hautausschlag nach Antibiotika-Einnahme ja  nein

Medikamenten-Unverträglichkeit ja  nein

Wogegen : .....

-zu hoher Blutdruck ja  nein

-angeborener Herzfehler ja  nein

-Lungenerkrankungen ja  nein

-Diabetes (Zucker) ja  nein

-Schilddrüsenerkrankung ja  nein

-Osteoporose ja  nein

-Nierenerkrankungen, z.B. Nieren-

Insuffizienz ja  nein

-Lebererkrankungen (Hepatitis) ja  nein

-Suchterkrankungen ja  nein

-Epilepsie ja  nein

-Depressionen ja  nein

-grüner Star ja  nein

-ansteckende Krankheiten ja  nein

(Hepatitis =Gelbsucht, HIV/Aids, Tuberkulose)

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten beim Zahnarzt geröntgt ?

ja  nein

**Bitte beachten Sie: Das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr kann nach zahnärztlichen Spritzen bis zu 12 Stunden eingeschränkt sein.**

**Bitte beachten Sie: Termine sind verbindlich und bitte einzuhalten oder spätestens 48 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls behalten wir uns vor, den entstandenen Zeitausfall in Rechnung zu stellen. Dies gilt nicht für nachweislich schuldlos unterbliebene Absage.**

**Datum:** .....

**Unterschrift** des Patienten bzw. gesetzl. Vertreters:

.....

