



VOGEL & NITZSCHKE

ZAHNÄRZTE

AUFKLÄRUNGSBOGEN: Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie um Beantwortung des Aufklärungsbogens. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und zu Ihrer Sicherheit dienen. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

PATIENT:

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Telefonnummer privat		Telefonnummer dienstlich	
Krankenkasse		Beruf	
ggf. Hauptversicherter, Name, Vorname		Geburtsdatum	
abweichende Straße, Hausnummer		PLZ	Ort

		JA	NEIN
Stehen Sie unter dauernder ärztlicher Behandlung?			
Herz/Kreislauf	Herzschwäche (Insuffizienz)		
	Herzrhythmusstörungen		
	Herzschrittmacher		
	Herzklappenfehler/-ersatz		
	Endokarditis		
	Herz-Operationen		
	Koronare Herzkrankheit		
	Herzinfarkt/Schlaganfall....wann?		
Blut	Bluthochdruck		
	Blutarmut (Anämie)		
	Thromboseneigung		
Blutgerinnungsstörung/Blutungsneigung			
Rheumatische Erkrankungen			
Infektiöse Erkrankungen	HIV-Infektion/AIDS		
	Hepatitis/Gelbsucht	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
	Tuberkulose (TBC)		
	Andere:		
Sonstige	Neurologische Erkrankungen		
	Anfallsleiden (Epilepsie)		
	Lungenerkrankung: Atemnot/ Asthma/ Mukoviszidose		
	Augenerkrankungen (Glaukom?)		
	Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)		
	Osteoporose		
	Schilddrüsenerkrankungen		
	Immun-Erkrankungen		
	Magen-, Darm-, Nierenerkrankungen		

Bitte wenden.



VOGEL & NITZSCHKE

ZAHNÄRZTE

	JA	NEIN
Operationen im Kopf-/Halsbereich		
Weshalb/Wann?:		
Sonstige, hier ungenannte Erkrankungen:		
Allergien/Unverträglichkeiten		
Heuschnupfen / Ekzeme		
Antibiotika (Welche?)		
Andere Medikamentenallergie		
Allergiepass vorhanden		
Welche Medikamente nehmen Sie?		
Sind Sie schwanger? In welcher Woche?		

Grund Ihres Besuchs

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnfleischbluten
- Knirschen
- Mundgeruch
- Sonstiges:

Beratungswünsche

- Professionelle Zahnreinigung/Zahnaufhellung
- Amalgamsanierung
- Keramikfüllungen
- Bessere Zahnästhetik/Lachästhetik
- Implantate/Versorgung von vorhandenen Implantaten

Sie sind uns wichtig

- Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen
- starker Würgereiz
- starke Schmerzempfindlichkeit
- Was haben Sie bei Ihren bisherigen Zahnarztbesuchen vermisst?

-
- Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
-

Bitte beachten Sie: Für einen reibungslosen Ablauf in unserer Bestellpraxis bitten wir Sie, bestehende Termine nur in Ausnahmefällen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Angaben!