

Aufnahmebogen

Härpferstraße 1
86609 Donauwörth

TEL 0906.981 6 981
HANDY 0178.763 94 66
FAX 0906.981 6 982

www.dr-alexander-jung.de

Liebe Patientin, lieber Patient,

mit den folgenden Fragen wollen wir Ihre Krankengeschichte (Anamnese) erfassen. Bitte benachrichtigen Sie uns, wenn sich im Laufe eines Behandlungszeitraumes Änderungen ergeben.

Wir bitten um Ihre persönlichen Angaben:

Name, Vorname: _____ geb. am _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____

Mobilrufnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

ggf. gesetzlicher Betreuer: _____

Krankenkasse / Krankenversicherung: _____

Sind Sie beihilfeberechtigte(r) Beamtin / Beamter Ja Nein

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung Ja Nein

Liebe Kassenpatienten, liegt uns bis zum Quartalsende keine gültige Krankenversicherungskarte vor, sind wir gezwungen, die erbrachten Leistungen privat in Rechnung zu stellen.

Operationstermine, die Sie nicht einhalten können, sagen Sie bitte spätestens 24 Stunden vorher ab, da ansonsten Ausfallkosten in Rechnung gestellt werden können.

Im Laufe einer Behandlung kann es dazu kommen, dass Fotoaufnahmen von dem behandelten Gebiet erstellt werden, mit Ihrer Unterschrift auf diesem Bogen geben Sie dafür Ihr Einverständnis.

[Bitte wenden ▶](#)

Bitte machen Sie genaue Angaben über Ihren Gesundheitszustand:

(Ja/Nein Auswahl, ggf. Zutreffendes unterstreichen)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (Herzinfarkt, Angina pectoris, Stent, Herzfehler, Schlaganfall, Herzrhythmusstörungen, Thrombose, Herzschrittmacher, zu hoher oder zu niedriger Blutdruck)	Besteht eine Schwangerschaft? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> _____ Woche
Sonstige Erkrankungen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lungen- und Atemwegserkrankungen <input type="checkbox"/> Magen-Darmbeschwerden <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen (Hepatitis, Zirrrose) <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen (HIV)	Hatten Sie frühere Operationen im Bereich Zähne/Kiefer? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> _____ _____
Verstärkte Blutung Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (Bluterkrankung, gerinnungshemmende Medikamente z.B. ASS, Marcumar, Xarelto)	Ihr behandelnder Hausarzt (Name, Ort): _____ _____
Letzter INR-Wert _____ Datum: _____	Ihr behandelnder Hauszahnarzt (Name, Ort): _____ _____
Diabetes mellitus Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> letzter HbA1c- Wert _____ Datum: _____	Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag? ca. _____ Zigaretten / Tag seit _____ Jahren Wie stark ist der Wunsch nach einem Rauchstopp auf einer Skala von 1 - 10? 1 -----5-----10 überhaupt nicht mittelmäßig stark
Wurde bei Ihnen eine Tumorbestrahlung oder Chemotherapie durchgeführt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Jahr _____	Zusätzliche Fragen, wenn Sie sich für eine Parodontitis- oder Implantatbehandlung bei uns vorstellen: Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Haben Sie eine Lockerung Ihrer Zähne bemerkt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Hatten Sie bereits eine Parodontitis-Therapie? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> im Jahr _____
Haben Sie schon einmal Bisphosphonate aufgrund von Osteoporose oder Knochentumoren eingenommen? (z.B.: Alendronat, Risedronat, Zoledronat) <input type="checkbox"/> Ja, regelmäßig <input type="checkbox"/> Ja, einmalig <input type="checkbox"/> Nein	Wird bei Ihnen eine Professionelle Zahnreinigung (PZR) in regelmäßigen Abständen beim Hauszahnarzt vorgenommen? Ja <input type="checkbox"/> , _____ x pro Jahr Nein <input type="checkbox"/>
Allergie (gegen Medikamente, Latex, Sonstige) _____ _____ _____	
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____ _____ _____ _____	

Donauwörth, den _____

Unterschrift
bei Minderjährigen bitte der Erziehungsberechtigte