



Dr. Heiko Knoop ▪ Ratzeburger Allee 2 b ▪ 23564 Lübeck

Tel 0451/795028 ▪ Fax 0451/7020616 ▪ Web www.dr-knoop.de

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.

Ihr Dr. Heiko Knoop

Patient

Herr/Frau/Kind

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mitglied

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Tel. privat _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Krankenkasse

oder Versicherung

Beruf

Arbeitgeber

Tel. tagsüber

Empfehlung durch...

Für Kassenpatienten: Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn diese Leistungen von der Krankenkasse nicht oder nur zum Teil übernommen werden?

ja

nein

Wünschen Sie insbesondere über unser intensives **Prophylaxeprogramm** informiert zu werden?

ja

nein

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?

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 nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Datum _____

Unterschrift _____

Bitte wenden!

Aufnahmebogen

Bitte ankreuzen!

Ärztliche Behandlung:	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hausarzt/Facharzt:	Name, Adresse und Telefonnummer: _____		
Medikamente:	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____		
	Bisphosphonattherapie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergien:	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____ Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)?, Angina pectoris ? Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? Herzschrittmacher , Herzklappenersatz ? Sonstiges? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Kreislaufferkrankungen:	Zu hoher Blutdruck ? Zu niedriger Blutdruck? Zustand nach Herzinfarkt? Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Sonstiges? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Vegetative Erkrankungen:	Ohnmachtsanfälle? Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Sonstiges? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)? Magen-Darmerkrankungen? Schilddrüsenerkrankungen? Sonstiges? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Nervensystems:	Epileptiforme Anfälle? Krämpfe ? Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie)? Blutarmut (Anämie) ? Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung (Hepatitis A/B _____)? Tuberkulose? Chronische Erkrankung der Atemwege, Husten etc. ? Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____ Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Weitere Angaben:	Sind Sie drogen-oder alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Röntgen:	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft:	Wenn ja, in welchem Monat? _____		

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

Datum _____

Unterschrift: _____