



FRAU KATHARINA KOLASKA

PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE
VOR DEM TOR 1, 34311 NAUMBURG
TEL. 0 56 25/3 86
Homepage: www.zahnaerztin-kolaska.de

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sie wissen es selbst am Besten: Optimal behandelte und gut gepflegte Zähne sind jeden Tag eine echte Bereicherung für Sie.

Gesunde Zähne sind die beste Voraussetzung, dass Sie sich rundherum wohlfühlen.

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. Bei Fragen helfen wir Ihnen gern!

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Mitglied Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Straße:	PLZ:	Ort:
Tel.:	Krankenkasse:	Geb.-Ort:
Beruf:	Arbeitgeber:	Tel. geschäftlich:

Für Kassenpatienten: Wir benötigen 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 an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden (**Recall - Programm**)?

- Ja
- Nein

Haben Sie manchmal das Gefühl unter Mundgeruch zu leiden?

- Ja
- Nein

Ich bin damit einverstanden dass meine Behandlungsunterlagen an Kooperationsärzte weitergeleitet werden dürfen.

- Ja
- Nein

Schnarchen Sie?

- Ja
- Nein

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Zum vereinbarten Termin bereiten wir uns auf Sie vor und stehen Ihnen dann ohne Zeitdruck für eine sorgfältige Behandlung zur Verfügung. **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.

Ich verzichte auf eine Kopie der Einverständniserklärung von Mediserv Ja Nein

Eine Frage zum Abschluß: **Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

Telefonbuch/Gelbe Seiten Empfehlung : Notdienst
(Name)

Datum:

Unterschrift:

Anamnesebogen

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Name des Hausarztes:

Medikamente: Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Welche?

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

Besitzen Sie einen Allergiepaß? ja nein

Herzerkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? ja nein
Herzasthma, Angina pectoris? ja nein
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ja nein
Sonstiges:

**Kreislauf-
Erkrankungen:** Zu hoher Blutdruck? ja nein
Zu niedriger Blutdruck? ja nein
Zustand nach Herzinfarkt? ja nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein
Welche? ja nein

**Vegetative
Erkrankungen:** Ohnmachtsanfälle? ja nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein
Sonstiges:

**Stoffwechsel-
Erkrankungen:** Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein
Magen-Darmerkrankungen? ja nein
Schilddrüsenerkrankungen? ja nein
Sonstiges:

**Erkrankungen des
Nervensystems:** Epileptiforme Anfälle? ja nein
Krämpfe? ja nein
Sonstiges:

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie)? ja nein
Blutarmut (Anämie)? ja nein
Sonstiges:

**Infektions-
Krankheiten:** Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B)? ja nein
Tuberkulose? ja nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? ja nein
Aids (HIV)? ja nein
Sonstiges:

Weitere Angaben: Sind Sie drogenabhängig? ja nein
Schwangerschaft Sind Sie schwanger, wenn ja in welchem Monat?

Datum

Unterschrift