

# Zahnarztpraxis Dr. (H) Robert Kozmacs

Tätigkeitsschwerpunkte Parodontologie, Endodontie



Wickeder Hellweg 89, D-44319 Dortmund Tel: 0231/21900 Fax: 0231/216438  
E-Mail: praxis@dr-kozmacs.de Internet: www.dr-kozmacs.de

## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre 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! Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Patient - Herr/Frau/Kind \_\_\_\_\_  
Name Vorname geb.

Mitglied \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
Straße Haus- Nr. Tel. privat / tagsüber

Postleitzahl Ort

Krankenkasse o. Versicherung \_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Sind sie freiwillig versichert ? Ja  Nein  Haben Sie eine Zusatzversicherung ? Ja  Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt ? Ja  Nein

Durch wen wurden wir empfohlen ? \_\_\_\_\_

Wünschen Sie eine besondere Beratung zu:

- |  |                                     |                          |  |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--|
| Parodontosebehandlung <input type="checkbox"/>                                 | Implantate <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Individual - Prophylaxe                  |
| Hochwertige Füllungstherapie: Keramik, Gold, ART-Glas <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | Amalgamentfernung, Quecksilberentgiftung |
| Ganzheitliche Zahnheilkunde, Akupunktur, Homöopathie <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | Kiefergelenkbehandlung                   |

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Legen Sie Wert auf eine Gesamtbehandlung Ihres Kauorgans ?

Wünschen sie nur eine Behandlung der z.Z. vorhandenen Beschwerden ?

### Die folgende Frage richtet sich an gesetzlich Versicherte:

Möchten Sie von uns darüber informiert werden, was an neuerer und besserer zahnmedizinischer Versorgung für Sie möglich ist, auch wenn diese Leistungen von Ihrer Krankenkasse nicht oder nur zum Teil übernommen werden ?

**Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.**

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift

# Aufnahmebogen

Haben Sie Schmerzen ? Ja  Nein

## Ärztliche Behandlung:

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung ? Ja  Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung ? \_\_\_\_\_

## Hausarzt / Facharzt:

\_\_\_\_\_  
Name, Adresse und Telefonnummer:

## Medikamente:

\_\_\_\_\_  
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein ?

## Allergien:

\_\_\_\_\_  
Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit ?

Besitzen Sie einen Allergiepass ? Ja  Nein

## Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz) ? Ja  Nein  Sonstiges ? \_\_\_\_\_

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) ? Ja  Nein  \_\_\_\_\_

Herzasthma, Angina pectoris ? Ja  Nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz ? Ja  Nein

## Kreislaufferkrankungen:

Zu hoher Blutdruck ? Ja  Nein  Sonstiges ? \_\_\_\_\_

Zu niedriger Blutdruck ? Ja  Nein  \_\_\_\_\_

Zustand nach Herzinfarkt ? Ja  Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein ? Ja  Nein

## Vegetative Erkrankungen:

Ohnmachtsanfälle ? Ja  Nein  Sonstiges ? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel ? Ja  Nein  \_\_\_\_\_

## Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes) ? Ja  Nein  Sonstiges ? \_\_\_\_\_

Magen- Darmerkrankungen ? Ja  Nein  \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankungen ? Ja  Nein

## Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptiforme Anfälle ? Ja  Nein  Sonstiges ? \_\_\_\_\_

Krämpfe ? Ja  Nein  \_\_\_\_\_

## Bluterkrankungen:

Blutungsneigung (Hämophilie) ? Ja  Nein  Sonstiges ? \_\_\_\_\_

Blutarmut (Anämie) ? Ja  Nein  \_\_\_\_\_

## Infektionskrankheiten:

Leberentz./Gelbsucht (Hepatitis A / B) ? Ja  Nein  Sonstiges ? \_\_\_\_\_

Tuberkulose ? Ja  Nein  \_\_\_\_\_

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc. ? Ja  Nein

Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt ? Ja  Nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis ? \_\_\_\_\_

## Weitere Angaben:

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig ? Ja  Nein

## Röntgen:

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-, Kiefer-, Zahnbereich angefertigt ? Ja  Nein

Wenn ja, wo ? \_\_\_\_\_

**Unsere modernen Röntgengeräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.**

## Schwangerschaft:

Wenn ja, in welchem Monat ? \_\_\_\_\_

**Wir weisen Sie hiermit darauf hin, dass nach Injektionen Ihre Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigt sein kann. Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.**

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift