



Gemeinschaftspraxis für Zahnheilkunde  
Dr. med. dent. Frank Schürmann  
Prof. Dr. med. dent. Michael Kaufmann  
Zahnärzte

Südring 4, 48653 Coesfeld  
Telefon: 02541 2614  
www.kau-gut.de  
kontakt@kau-gut.de

Herzlich willkommen in unserer Gemeinschaftspraxis für Zahnheilkunde!

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 angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Dr. Frank Schürmann und Prof. Dr. Michael Kaufmann

.....  
Nachname, Vorname

.....  
Geburtsdatum, Geschlecht:  m  w

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
Postleitzahl, Wohnort

.....  
Telefon privat

.....  
Telefon beruflich

.....  
Telefon mobil

.....  
E-Mail

.....  
Beruf

.....  
Krankenkasse oder Versicherung

Für Kassenpatienten: Wir benötigen bei jedem Besuch in unserer Gemeinschaftspraxis Ihre Krankenversicherungskarte (KVK) oder Ihre elektronische Gesundheitskarte (eGK). Liegt auch 14 Tage nach der Behandlung weder eine KVK noch eine eGK von Ihnen vor, müssen wir Sie als Privatpatienten betrachten und Ihnen eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) stellen.

Wünschen Sie, von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise 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 (recall)?  ja  nein

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen. Wir bitten Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Rechnung zu stellen. Sollten Sie eine Anästhesie (Betäubung) bekommen, kann die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges und zum Bedienen von Maschinen eingeschränkt sein.

- bitte wenden -

# Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung: Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein  
Wenn ja, warum? .....

Behandelnder Arzt: Name, Adresse: .....

Medikamente: Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein  
Wenn ja, welche? .....

Allergien: Besteht bei Ihnen Verdacht auf Überempfindlichkeit?  ja  nein  
Wenn ja, wogegen? .....

Herz: Leiden Sie an einer Herzerkrankung?  ja  nein  
Wenn ja, an welcher? .....

Kreislauf: Haben Sie Bluthochdruck?  ja  nein  
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?  ja  nein  
Leiden Sie an einer anderen Kreislaufkrankung?  ja  nein  
Wenn ja, an welcher? .....

Nervensystem: Hatten Sie schon einmal einen Ohnmachtsanfall?  ja  nein  
Hatten Sie schon einmal einen Kollaps?  ja  nein  
Hatten Sie schon einmal einen epileptiformen Anfall?  ja  nein  
Hatten Sie schon einmal Krämpfe?  ja  nein  
Hatten Sie schon einmal Probleme mit Betäubungsspritzen?  ja  nein

Stoffwechsel: Leiden Sie an der Zuckerkrankheit (Diabetes)?  ja  nein  
Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung?  ja  nein  
Leiden Sie an einer anderen Stoffwechselerkrankung?  ja  nein  
Wenn ja, an welcher? .....

Blut: Leiden Sie an einer Bluterkrankung?  ja  nein  
Wenn ja, an welcher? .....

Infektionen: Sind Sie mit dem Hepatitis-Virus (Gelbsucht) infiziert?  ja  nein  
Leiden Sie an Tuberkulose?  ja  nein  
Sind Sie mit dem HIV (AIDS) infiziert?  ja  nein  
Leiden Sie an einer anderen Infektionskrankheit?  ja  nein  
Wenn ja, an welcher? .....

Sonstige Erkrankungen: Leiden Sie an anderen Erkrankungen?  ja  nein  
Wenn ja, an welchen? .....

Schwangerschaft: Besteht im Moment eine Schwangerschaft?  ja  nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Angaben unverzüglich mit.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift