

**Zahnarztpraxis Dr. Yasmin Awwad
Dr. Katja Hasselberg**

Name _____ E-Mail _____
Vorname _____ Telefon / Handy _____
Geburtsdatum _____ Beruf / Arbeitgeber _____
Straße / Hausnr. _____ Pflegestufe (bitte Nachweis vorlegen) _____
Wohnort / PLZ _____ Behinderungsgrad (bitte Nachweis vorlegen) _____
Für Privatversicherte: Beihilfe ja nein Standard- / Basistarif ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Familie / Bekannte (Name) unsere Homepage Internet Bewertungsportal

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ja nein

Waren Sie im vergangenen Jahr in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, aufgrund welcher Erkrankung? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie allergisch gegenüber Medikamenten oder Materialien? ja nein

Wenn ja, welche? Ggf. Allergiepass? _____

Besitzen Sie einen Herzpass? ja nein

Bluten Sie leicht & lang nach Verletzungen / Zahntentfernungen? ja nein

Sind Sie alkoholkrank? ja nein Sind Sie drogenabhängig? ja nein

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

Erkrankungen des Herzens oder des Kreislaufs? ja nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Erkrankungen des Blutes bzw. Blutgerinnungsstörungen? ja nein

Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (z.B. Kieferhöhle - Sinusitis) ja nein

Lungenerkrankungen Asthma? ja nein Tuberkulose (Tbc)? ja nein

Lebererkrankungen (Hepatitis, Gelbsucht)? ja nein

Erkrankungen der Nieren? ja nein

Rheuma, rheumatoide Arthritis, Osteoporose, Bisphosphonate? ja nein

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit, Typ 1 oder 2)? ja nein

Schilddrüsenerkrankungen? ja nein

Erkrankungen der Augen (Glaukom / grüner Star / grauer Star)? ja nein

Anfallsleiden (z.B. Krämpfe, Epilepsie), Ohnmachtsneigungen? ja nein

Tumorerkrankung? ja nein Bestrahlung im Kopf- / Halsbereich? ja nein

HIV positiv? ja nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ja nein

Leiden Sie unter Mundgeruch? ja nein

Kiefergelenksbeschwerden? ja nein

Wünschen Sie die Teilnahme an unserem Erinnerungsservice? ja nein

Sollte sich Ihr Befinden / Gesundheitszustand im Verlauf der Behandlung ändern, bitten wir um einen entsprechenden Hinweis. Bitte beachten Sie, dass wir für nicht eingehaltene oder zu kurzfristig abgesagte Termine (mind. 24 Std. vorher) ein Ausfallhonorar gem. § 615 BGB berechnen können.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß sind.

Berlin, Datum, Unterschrift