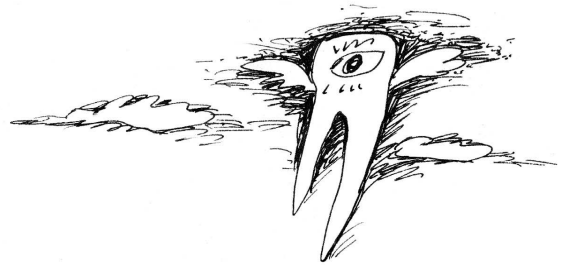


# Dr. Katja Hasselberg

Zahnärztin



Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Telefon/Handy \_\_\_\_\_  
Wohnort \_\_\_\_\_ Beruf/Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
Für Privatversicherte: Beihilfe  ja  nein Standard-/Basistarif  ja  nein

## Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Familie / Bekannte  unsere Homepage  Internet  Bewertungsportal

Waren sie im vergangenen Jahr in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

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

Nehmen sie regelmäßig Medikamente?  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

Sind Sie kieferorthopädisch behandelt worden?  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)  ja  nein

Asthma  ja  nein

Lebererkrankungen ( Hepatitis, Gelbsucht)  ja  nein

Erkrankungen der Nieren  ja  nein

Rheuma, rheumatoide Arthritis  ja  nein

Diabetes (Zuckerkrankheit, Typ 1 oder 2)  ja  nein

Schilddrüsenerkrankungen  ja  nein

Erkrankungen der Augen (Engwinkelglaukom / grüner Star)  ja  nein

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

Tuberkulose (Tbc)  ja  nein

HIV positiv  ja  nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?  ja  nein

Leiden Sie unter Mundgeruch?  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