



Salzburger Straße 11 • 10825 Berlin • Fon 030 - 211 62 00 • Fax 030 - 214 74 485

Dr. Katja Hasselberg
Zahnärztin

Vorname _____	Name _____
Geburtsdatum _____	Beruf _____
Straße _____	Ort _____
Telefon _____	Telefon (tagsüber) _____
Krankenkasse _____	Arbeitgeber _____
Beihilfe _____	ja nein
PKV-Standard- oder Basistarif _____	ja nein
Praxisempfehlung durch _____	

Waren Sie im letzten Jahr in ärztlicher Behandlung?	ja	nein
Wenn ja, welche Krankheit? _____		
Nehmen Sie Medikamente?	ja	nein
Welche? _____		
Leiden Sie an Ohnmachtsneigungen?	ja	nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	ja	nein
Wurden Sie in letzter Zeit im Kopfbereich geröntgt?	ja	nein
Bluten Sie leicht u. lange nach Verletzungen/Zahntentfernungen?	ja	nein
Sind Sie alkoholkrank?	ja	nein
Sind Sie drogenabhängig?	ja	nein
Sind Sie allergisch gegenüber Medikamenten?	ja	nein
Welche? _____		
Besitzen Sie einen Allergiepaß?	ja	nein
Besitzen Sie einen Herzpaß?	ja	nein
Sind Sie kieferorthopädisch behandelt worden?	ja	nein

Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Krankheiten?

Erkrankungen des Herzens oder des Kreislaufs	ja	nein
Erkrankungen des Blutes, bzw. Blutgerinnungsstörungen	ja	nein
Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (z.B. der Kieferhöhle)	ja	nein
Lebererkrankungen (Hepatitis, Gelbsucht)	ja	nein
Rheuma	ja	nein
Diabetis (Zuckerkrankheit)	ja	nein
Schilddrüsenerkrankungen	ja	nein
HIV positiv	ja	nein
Anfallsleiden (z.B. Krämpfe, Epilepsie)	ja	nein
Erkrankungen der Nieren	ja	nein
Tuberkulose (Tbc)	ja	nein
Asthma	ja	nein

Wünschen Sie die Teilnahme an unserem Erinnerungsservice?	ja	nein
---	----	------

Sollte sich Ihr 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.

Berlin, den _____ Unterschrift _____