



ZAHNARZTPRAXIS

Zahnarztpraxis Birgit Kleinschmidt
Karl-Lade-Str- 40, 10369 Berlin
Telefon 030 97105280 Fax 030 97105281
info@zahnarztpraxis-kleinschmidt.de

Zahnarztpraxis Kleinschmidt

Praxis für dentale Ästhetik und Prophylaxe

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Ihre Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen ist unser höchstes Ziel.

Um das Ziel zu erreichen benötigen wir Ihre Mitarbeit. Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus, damit wir auf Sie ein persönlich abgestimmte Behandlungskonzept ermöglichen können.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum : _____ Telefon/Handy : _____

E-Mail : _____

Anschrift : _____

Versicherung: gesetzlich versichert Krankenkasse: _____

Zusatzversicherung

privat versichert

Beihilfe

Basistarif

Haben Sie einen **gesetzlichen Betreuer**: Ja Nein

Weswegen begeben Sie sich in **Behandlung**?

Zahnschmerzen Zahnfleischrückgang Zahnfleischbluten Lockerung der Zähne

Beschwerden im Kiefergelenk Kontrolltermin

Wünschen Sie **zusätzlich eine Aufklärung** zu folgenden Themen?

Zahnaufhellung/Bleaching ästhetische Füllungen Zahnersatz Implantate

Sonstiges _____

Stimmen Sie zu, dass wir Ihre Daten an Dritte weitergeben dürfen, wenn eine

Korrespondenz zwischen einem **anderen Arzt** erfolgen muss.

Ja Nein

Als Service bieten wir Ihnen an, Sie regelmäßig an den halbjährigen Kontrolltermin zu erinnern. Wünschen Sie diese **Erinnerung**?

Ja Nein

Gesundheitsfragen

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN?

Ja Nein Wenn ja, welche _____

HABEN SIE ALLERGIEN?

Ja Nein Wenn ja, welche _____

HERZ

Herzinfarkt Herzinsuffizienz Herzmuskelentzündung Rhythmusstörungen
Bypassoperationen Herzschrittmacher Herzklappenersatz Herzpass

KREISLAUF

niedriger Blutdruck Bluthochdruck Schlaganfall Durchblutungsstörung

BLUTERKRANKUNGEN

Blutungsneigung Blutarmut

STOFFWECHSEL

Zuckerkrankheit Schilddrüsenerkrankung

AUGEN

grüner Star grauer Star

LUNGE

Asthma Bronchitis

LEBER

Hepatitis A B C D

NERVENSYSTEM

Epilepsie Migräne Kopfschmerzen Depression

MAGEN-DARM-ERKRANKUNGEN

Magenerkrankung Darmerkrankung

BEWEGUNGSAPPARAT

Rheuma Gicht Arthrose Osteoporose

BLASEN/NIEREN

Niereninsuffizienz Blasenerkrankung Dialyse

HABEN SIE ORGANTRANSPLANTATE ODER IMPLANTATE: Ja Nein Wo: _____

LEIDEN SIE AN FOLGENEN ERKRANKUNGEN?

HIV/AIDS Tuberkulose

Tumorerkrankungen(Bestrahlung, Chemotherapie, Einnahme von Bisphosphonaten)

SIND SIE SCHWANGER?

Ja Nein Wenn ja, welche Woche _____

RAUCHEN SIE?

Ja Nein Wenn ja, wie viele pro Tag? _____

TRINKEN SIE ALKOHOL?

nie gelegentlich häufig

SONSTIGE ERKRANKUNGEN: _____

Bitte beachten Sie bei der Terminvereinbarung, dass wir Ihren Termin verbindlich für Sie reservieren. **Bitte sagen Sie aus diesem Grund mindestens 24 Stunden vorher bei einer Verhinderung ab.** Werden Termine unentschuldigt nicht eingehalten, behalten wir uns vor, den Ausfall Ihnen in Rechnung zu stellen.

Datum _____

Unterschrift _____

AKTUALISIERUNG:

Datum _____

Unterschrift _____

Datum _____

Unterschrift _____