

Zahnarztpraxis Dr. Birgit Wolf & Dr. Arlette Mittelsdorf

Nonnendammallee 84a, 13629 Berlin, Tel: 030 381 23 55, Fax: 030 381 35 44

Patient/in

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Krankenkasse: _____ Beruf: _____

Email: _____

Versicherte/r (wenn abweichend von Patient/in)

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Krankenkasse: _____ Beruf: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? ASS Marcumar Xarelto Eliquis sonstige

Nehmen Sie, bzw. haben Sie Medikamente (sog. **Bisphosphonate/Alendronsäure**) ja nein
gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z.B. Osteoporose genommen?

Haben Sie Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besitzen Sie einen Herz-Pass? ja nein

Hatten Sie eine Herzoperation? ja nein

Wenn ja, welche und wann? _____

Sind Sie Tumorpatient? _____ ja nein

Leiden Sie an: Asthma? _____ ja nein

Epilepsie? _____ ja nein

Glaukomen? _____ ja nein

zu niedrigen Blutdruck? _____ ja nein

zu hohen Blutdruck? _____ ja nein

HIV (Aids)? _____ ja nein

Hepatitis? _____ ja nein

Diabetes? _____ ja nein

Schilddrüsenerkrankung? _____ ja nein

Rheuma? _____ ja nein

sonstige Erkrankung? _____ ja nein

Besitzen Sie einen **Schwerbehinderten-Ausweis**? _____ ja nein

Besitzen Sie eine **Pflegestufe**? _____ ja nein

Besteht eine **Schwangerschaft**? ja nein Wenn ja, welcher Monat? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben. Des Weiteren, erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei verschuldeter nicht rechtzeitiger Absage (24Std. vorher) von eigens für mich reservierte Termine, ein Ausfallhonorar von 35,-€ pro 30 Minuten berechnet werden kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____