



Zahnklinik und Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie Dr. Hasselberg



Aufnahmebogen (bitte leserlich schreiben)

Nachname

.....

Vorname

.....

Komplette Anschrift

.....

Telefon-Nummer /-n

.....

Versicherter

.....

Krankenversicherung

.....

Hausärztin /-arzt

.....

Hauszahnärztin /-zahnarzt

.....

Überweiser /-in

.....

- Was führt Sie zu uns?

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Sind Sie **direkt zu uns überwiesen** worden? JA NEIN

- Sind Ihnen **verschiedene Adressen zur Auswahl** angeboten worden? JA NEIN

- **Wie sind Sie auf uns aufmerksam** geworden?

.....

- Besteht eine **Schwangerschaft**? JA NEIN

- **Stillen Sie noch**? JA NEIN

- **Rauchen Sie**? JA NEIN

- Trinken Sie **regelmäßig Alkohol**? JA NEIN

- Haben Sie **örtliche Betäubungen** bisher gut vertragen? JA NEIN

- Haben Sie ein **Bonusheft**? JA NEIN

- Tragen Sie **Zahnersatz** (Prothesen / Brücken / Kronen)? JA NEIN

Wenn JA, welche Art?

- Haben Sie **grünen Star** (Glaukom)? JA NEIN

- Haben Sie eine **Krebs-/ Tumorerkrankung**? JA NEIN

Wenn JA, welche?

- Bekamen Sie **Chemotherapie**? JA NEIN

Wenn JA, welche/wann?

- Bekamen Sie **Bestrahlungstherapie**? JA NEIN

Wenn JA, welche/wann?

- Hatten Sie eine **Organtransplantation**? JA NEIN

Wenn JA, welche?

- Nehmen Sie **Medikamente**? JA NEIN

Wenn JA, welche?

- Hatten Sie **frühere Operationen**? JA NEIN

Wenn JA, welche?

- Haben Sie **Allergien/Unverträglichkeiten**? JA NEIN

Wenn JA, welche?

- Haben Sie **Atemwegserkrankungen**? JA NEIN
 Wenn JA, welcher Art?
- Haben Sie **Blutgerinnungsstörungen**? JA NEIN
 Wenn JA, welcher Art?
- Haben Sie **Zuckerkrankheit** (Diabetes mellitus)? JA NEIN
- Haben Sie **Schilddrüsenerkrankungen**? JA NEIN
 Wenn JA, welcher Art?
- Haben Sie **Infektionskrankheiten** (Hepatitis, HIV, ...)? JA NEIN
 Wenn JA, welche?
- Haben Sie **Leberkrankungen**? JA NEIN
 Wenn JA, welcher Art?
- Haben Sie **Magen-Darm-Erkrankungen**? JA NEIN
 Wenn JA, welcher Art?
- Haben Sie **Nierenerkrankungen**? JA NEIN
 Wenn JA, welcher Art?
- Haben Sie **Osteoporose**? JA NEIN
- Haben Sie **Rheumaerkrankungen**? JA NEIN
 Wenn JA, welcher Art?
- Haben Sie **Kiefergelenkerkrankungen**? JA NEIN
 Wenn JA, welcher Art/seit wann?
- Haben Sie eine „**Schiene**“? JA NEIN
 Wenn JA, welche?
- Haben Sie **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**? JA NEIN
 Wenn JA, welcher Art?
- Haben Sie **andere**, bisher nicht aufgeführte **Erkrankungen**? JA NEIN
 Wenn JA, welche?

- Möchten Sie uns etwas mitteilen, was Sie für wichtig erachten?

Ort und Datum:

(Unterschrift Patient /-in)

Freie Dokumentation durch den Facharzt / Zahnarzt / Zahnärztin:

38229 Salzgitter, den

(Unterschrift Behandler /-in)