



## Dr. med. Katrin Flegel Gemeinschaftspraxis Zahnmedizin Uta Blochwitz

Herzlich Willkommen!

Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen helfen können:

Sagen Sie etwas über sich, über Ihre Gesundheit und über Ihre Vorstellungen und Wünsche.

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen.

Bitte teilen Sie uns auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

### Patient

### Mitglied / Zahlungspflichtiger

---

Name

---

Name

---

Vorname

---

Vorname

---

geb.

---

geb.

---

Straße

---

Straße

---

PLZ / Ort

---

PLZ / Ort

---

Telefon

---

Telefon

(Bitte auch ausfüllen z.B. wegen eventuell nötiger Terminänderungen etc.)

---

Beruf

---

Arbeitgeber

---

Name Ihrer Krankenkasse

---

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden ?

... bitte wenden!

Lange Str. 6 • 01705 Freital • [www.zahngesundheit-freital.de](http://www.zahngesundheit-freital.de)

Telefon 0351 6492154 • Telefax 0351 64 92 163 • [praxis@zahngesundheit-freital.de](mailto:praxis@zahngesundheit-freital.de)

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?
- |  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| a) Asthma (schwere Atemnot)  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| b) Allergischer Heuschnupfen, Latexallergie, etc.  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| c) Unverträglichkeit von Medikamenten / ggf. welche?   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| d) Bluthochdruck / ggf. welche?  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| e) <input type="radio"/> Herzinfarkt <input type="radio"/> Schlaganfall <input type="radio"/> Lähmung <input type="radio"/> nein |                          |                            |
| f) <input type="radio"/> Gelbsucht <input type="radio"/> HIV-Infektion <input type="radio"/> Aids <input type="radio"/> nein     |                          |                            |
| g) Leberkrankheiten  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| f) Zuckerkrankheit   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| i) Rheuma  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| j) Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen   |                          |                            |
| k) Osteoporose   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| i) Epilepsie   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
2. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?  ja  nein
3. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein
4. Ist bei Ihnen eine Endokarditisprophylaxe notwendig? (Herzpass?)  ja  nein
5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente / ggf. welche ?  ja  nein
6. Besteht eine Schwangerschaft / ggf. welche Woche?  ja  nein  ungewiss
7. Sonstige Angaben / andere Krankheiten (ev. Einnahme v. Bisphosphanaten?):
- 
8. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?  ja  nein
9. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?  ja  nein
10. Wollen Sie durch eine Postkarte von uns an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden? (kostenlos)  ja  nein
11. Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?  ja  nein
12. Hätten Sie gern eine hellere Zahnfarbe?  ja  nein
13. Haben Sie eine private Zusatzversicherung?  ja  nein

Bitte beachten! Örtliche Betäubung hat zur Folge, dass Sie 1 Std. nicht und 24 Std. nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

.....  
Datum Zur Kenntnis genommen – Patient oder Erziehungsberechtigter

.....  
Datum Zur Kenntnis genommen – Patient oder Erziehungsberechtigter

.....  
Datum Zur Kenntnis genommen – Patient oder Erziehungsberechtigter

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.