

**Dr. med. Dr. med. dent. Udo Schwarzott**

Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurg

Friedrichstrasse 45 (am Checkpoint Charlie) 10969 Berlin Tel.: 030-259 000 0

---

## Aufnahmedaten

**Name** **Vorname** **Geburtsdatum**

Bei Minderjährigen bitte Angabe des  
Erziehungsberechtigten:  
Name

Vorname

Geburtsdatum

**Telefonnummer tagsüber**

**Mobilnummer**

**e-mail**

**ja** **nein**

Ich bin gesetzlich krankenversichert und lege meine  
Versichertenkarte vor:

Ich habe eine private Zusatzversicherung.

Ich bin privat krankenversichert. Es bestehen keine  
Einschränkungen der Versicherungsleistung.

Ich bin privat krankenversichert. Die Versicherungsleistung ist  
eingeschränkt.

Ich bin Selbstzahler

## Anamnese

Um bei der Diagnose und Behandlung Ihrer Beschwerden nichts unberücksichtigt zu lassen, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:

	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Stehen Sie in ständiger Behandlung? Wenn ja, welche Krankheit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie z.Z. regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente ein, die in den Knochenstoffwechsel eingreifen? (Bisphosphonate) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente? Wenn ja, gegen welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen der Zähne/Kiefer gemacht worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die Röntgenaufnahmen vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Leiden Sie an:</b>		
Organischen Herzleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufbeschwerden (z.B. Kollapsneigung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (evtl. in der Familie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfneigung / Krampfanfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungsneigung (z.B. nach Zahntfernung, Operation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunschwäche (z.B. HIV positiv)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / gesetzlicher Vertreter