

Anmeldung und Gesundheitsfragebogen

Name _____ Telefon Privat _____
Vorname _____ Telefon Geschäft _____
Strasse _____ Natel _____
PLZ/Ort _____ Arbeitgeber _____
Geburtsdatum _____ Beruf _____

Adresse des gesetzlichen Vertreters (Name, Vorname, Adresse, Telefon)

Hausarzt (Name, Adresse, Telefon)

Überwiesen/empfohlen von _____

Grund des Besuches _____

Gewisse Allgemeinerkrankungen bedingen Vorsichtsmassnahmen oder spezielle Aufmerksamkeit bei einer zahnärztlichen Behandlung. Ich möchte Sie bitten die folgenden Fragen vollständig und korrekt auszufüllen. Wir sind an die ärztliche Schweigepflicht gebunden.

ja nein Waren Sie im letzten Jahr in ärztlicher Behandlung oder im Spital? Wenn ja, warum?

ja nein Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

ja nein Nehmen Sie Mittel zur Blutverdünnung ein? Wenn ja, welches?

ja nein Ist Ihr Blutdruck normal?

ja nein Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?

ja nein Haben Sie einen Gesundheitspass oder anderen medizinischen Pass? _____

Haben oder hatten Sie jemals...

ja nein ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen, Medikamente oder zahnärztliche Materialien?

ja nein Schwierigkeiten mit langem Bluten?

ja nein Allergien? Wenn ja, welche? _____

ja nein Asthma, Heuschnupfen?

ja nein schweres Rheuma oder künstliche Gelenke?

ja nein Epileptische Anfälle?

ja nein Angina pectoris, Herzinfarkt, andere Herzerkrankungen, künstliche Herzklappen?

ja nein eine Operation oder Bestrahlung im Kiefer- oder Gesichtsbereich?

ja nein eine Infektionskrankheit wie Tuberkulose, Hepatitis A/B/C, oder sind Sie HIV positiv?

ja nein Diabetes (Zuckerkrankheit)? [Diät, Medikament, Insulin]

ja nein Rauchen Sie Zigaretten, Pfeife Zigarren? Wie viele pro Tag? _____

ja nein eine andere ernsthafte Erkrankung? Wenn ja, welche? _____

Ich erteile die Erlaubnis, bei Bedarf die für die Rechnungsstellung und das Inkasso notwendigen Patientendaten weiterzuleiten an die rechnungsstellende und eine allfällige mit dem Inkasso beauftragte Institution, sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen (Betreibungsamt, Friedensrichteramts, zuständige Gerichte).

Datum: _____

Unterschrift Patient: _____