

Anmelde- und Gesundheitsbogen

Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis und werden streng vertraulich behandelt.

Name:.....	Vorname:.....
bei Kindern: Name des gesetzlichen Vertreters:.....
Adresse:.....	PLZ/Ort:.....
Geb. Datum:.....	Beruf:.....
Tel. P.:.....	Tel. G./Handy:.....
Krankenkasse:.....	Unfallversicherung:.....
Hausarzt:.....	AHV-Nr.:.....
Empfohlen/Überwiesen von:.....	Letzte Zahnkontrolle/Zahnreinigung:.....
Beziehen Sie Sozialleistungen?:	Nein <input type="checkbox"/> AHV/IV <input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/>

Etliche Krankheiten haben Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung. Bitte beantworten Sie diesen Fragebogen genau. In Ihrem Interesse bitte ich Sie, auch zukünftig gesundheitliche Veränderungen oder die Einnahme von Medikamenten spontan zu melden.

		Ja	Nein
1. Waren Sie während der letzten 12 Monate im Spital oder in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welchen Krankheiten?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie in den letzten 12 Monaten regelmässig Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Herz-Kreislaufferkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • hoher Blutdruck? • Endokarditis? • Haben Sie einen Herzschrittmacher? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bluterkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Wenn ja, welche?..... 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Stoffwechselerkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes? (Zuckerkrankheit) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Allergien	<ul style="list-style-type: none"> • Reagieren Sie überempfindlich auf Spritzen, Latex, Medikamente oder Nahrungsmittel? • Asthma oder Heuschnupfen? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben oder hatten Sie jemals:	<ul style="list-style-type: none"> • eine Infektionskrankheit (Tuberkulose, Hepatitis)? • HIV /AIDS • eine andere ernsthafte Erkrankung? Wenn ja, welche?..... 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sind Sie Raucher?	Wieviel?.....Zig./Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nur für weibliche Patienten:	Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? In welcher Woche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich erteile mein Einverständnis, dass für die Rechnungsstellung, Inkasso und Buchführung notwendigen Daten an die hierfür beauftragten Personen und Institutionen weitergeleitet werden dürfen.

Datum:

Unterschrift: