
ANMELDE- UND GESUNDHEITSBOGEN

Ihre Angaben unterstehen der Schweigepflicht, werden vertraulich behandelt und dienen Ihrer eigenen Sicherheit.

1. Persönliche Daten

Name:.....

Vorname: Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

PLZ/Ort:

Telefon privat:

Telefon Mobil:

E-Mail:.....

Rechnung per E-Mail? Ja Nein

Gesetzlicher Vertreter (falls zutreffend):Tel:.....

Neue Patienten: Letzte Zahnkontrolle/Zahnreinigung:

Beziehen Sie Sozialleistungen? Nein AHV/IV Sozialamt

2. Allgemeine Angaben

1. Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Spital oder in ärztlicher Behandlung?

Ja - wegen:.....

Nein

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Ja, welche:

Nein

3. Gesundheit – bitte zutreffendes ankreuzen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Embolien/Thrombosen |
| <input type="checkbox"/> Endokarditis | <input type="checkbox"/> Herzoperation | <input type="checkbox"/> künstliche Herzklappen |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Haben Sie einen Endokarditisausweis ? |

Bluterkrankungen: Nein / Ja

Blutverdünnende Medikamente (welche?):

Künstliche Gelenke: Nein / Ja : seit wann:.....

Stoffwechselerkrankungen:

- Diabetes
- Nierenerkrankung/ Dialyse

Allergien / Überempfindlichkeiten auf:

- Spritzen
- Latex
- Medikamente
- Asthma / Heuschnupfen

Andere:.....

Infektionskrankheiten:

- Tuberkulose
- Hepatitis
- HIV / AIDS

Weitere Erkrankungen:

- Osteoporose
- Epilepsie
- Rheumatisches Fieber
- Krebserkrankung Chemotherapie Bestrahlungstherapie

Andere schwere Erkrankungen:

Organtransplantation: Nein / Ja :

Immunsupprimiert (Medikamente):

Rauchen Sie?

- Ja, Zigaretten/Tag
- Nein

5. Für weibliche Patienten

Besteht eine Schwangerschaft?

- Ja, in Woche:
- Nein

6. Einverständniserklärung

Ich bin einverstanden, dass zur Behandlung und Rechnungsstellung notwendige Daten (1. Persönliche Daten) an beauftragte Stellen (z. B. Versicherungen, Zahntechniker, Inkasso) weitergeleitet werden dürfen.

Ich bestätige hiermit die Korrektheit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort/Datum:

Unterschrift: