



HERZLICH WILLKOMMEN

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch noch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die «Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten» sind jederzeit in der Praxis einsehbar.

PATIENTIN/PATIENT

Name Vorname Geburtsdatum Geburtsort

MITGLIED DER VERSICHERUNG

Name Vorname Geburtsdatum Geburtsort

ANSCHRIFT

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Telefon privat Telefon geschäftlich E-Mail

KRANKENKASSE ODER VERSICHERUNG

_____ gesetzlich versichert Zusatzversicherung
 privat versichert beihilfeberechtigt

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

persönliche Empfehlung Homepage Werbung
 Jameda Google Sonstiges _____

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Falls es jedoch aus medizinischen Gründen zu Zeitverzögerungen kommen sollte, bitten wir Sie um Verständnis. Wenn Sie einmal aus dringenden Gründen einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Ort, Datum Unterschrift

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

HAUSARZT/FACHARZT

Name, Adresse, Telefon

MEDIKAMENTE

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

ALLERGIEN

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

HERZERKRANKUNGEN

Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein

Unregelmässiger Herzschlag (Arrhythmien)? ja nein

Herzasthma, Angina pectoris? ja nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ja nein

Sonstiges?

VEGETATIVER STATUS

Ohnmachtsanfälle? ja nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel ein? ja nein

Sonstiges?

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Epileptiforme Anfälle? ja nein

Krämpfe? ja nein

Sonstiges?

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein

Magen-Darm-Erkrankungen? ja nein

Schilddrüsenerkrankungen? ja nein

Sonstiges?

BLUTERKRANKUNGEN

Blutungsneigung (Hämophilie), Blutverdünnung (Macumar)? ja nein

Blutarmut (Anämie)? ja nein

Sonstiges?

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? ja nein

Tuberkulose? ja nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? ja nein

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/(vCJK) ja nein

Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? ja nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Sonstiges?

WEITERE ANGABEN

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

RÖNTGEN

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein

Wenn ja, wo?

Unsere modernen digitalen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

SCHWANGERSCHAFT

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Antworten und erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift