



Anmeldung

Gewisse Allgemeinerkrankungen bedingen Vorsichtsmassnahmen bei der zahnärztlichen Behandlung. Wir bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Ihre Angaben unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Vielen Dank!

Name _____

Vorname _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____

Tel. Privat _____

Tel. Geschäft _____

E-mail _____

Gesetzlicher Vertreter / Vormund _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Internet
- Empfehlung von _____
- Andere _____

Allgemeinmedizinische Fragen:

Waren Sie in den letzten zwölf Monaten in ärztlicher Behandlung?

Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche Medikamente? Wenn ja, welche? _____

Haben oder hatten Sie jemals...

Herzkrankheiten (Infarkt, Bypass, künstliche Herzklappen)?

einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?

einen Endokartitis-Pass?

Anhaltendes Bluten nach Verletzungen; Blutverdünnung?

Blutkrankheiten?

Asthma oder andere Lungenbeschwerden?

Allergien auf Medikamente, Metalle, Kunststoffe?

Tumorbehandlung mit Medikamenten oder Bestrahlung?

Zuckerkrankheit (Diabetes)?

Künstliche Gelenke? Organtransplantate?

Krampfanfälle, Epilepsie?

Rauchen Sie?

Patientinnen: Sind Sie schwanger?

Name und Adresse Ihres Arztes oder des behandelnden Spezialisten: _____

Ja Nein ?

Zahnmedizinische Fragen:

Was ist der Grund Ihres Besuches? _____

Gehen Sie regelmässig zum Zahnarzt? Wie oft? _____

Wann waren Sie das letzte Mal dort? _____

Hatten Sie je ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Spritzen?

Hatten Sie Probleme bei früheren zahnärztlichen Behandlungen?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Schmerzen - an den Zähnen?

- am Zahnfleisch?

- im Kiefer?

Ja Nein ?

Haben Sie Anspruch auf:

Ergänzungsleistungen Sozialhilfe

Falls ja, bitte AHV Nummer angeben _____

Konsensklärung:

Ich erteile Ihnen mein Einverständnis, die für das Inkasso notwendigen Unterlagen an die von Ihnen beauftragten Personen weiterzugeben und allfällige Nachfragen betreffend der allgemeinen Gesundheit bei meinem Arzt tätigen zu können.

Datum _____ Unterschrift _____