

Anmeldung zur Behandlung

Herr/Frau/Kind

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Beruf: _____

Adresse: _____ Tel. Privat: _____

PLZ, Ort: _____ Tel. Mobil: _____

Bei Kindern: Name und Vorname des Vaters/der Mutter: _____

Adresse für die Rechnungsstellung (falls nicht wie oben): _____

Arbeitgeber, Firma: _____ Tel. Geschäft: _____

PLZ, Ort: _____

E-mail Adresse _____

Empfohlen/überwiesen durch: _____

Letzter Zahnarztbesuch: _____

bei: _____

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen oder erhalten Sie Sozialhilfe? Ja Nein

Haben Sie eine private Zahnpflegeversicherung? Ja Nein

Sind Sie mit der Stellung und Farbe Ihrer Zähne zufrieden? Ja Nein

GRUND FÜR KONSULTATION: _____

Ihr Hausarzt/evtl. Spezialarzt: _____

Wann war Ihre letzte Kontrolluntersuchung bei Ihrem Hausarzt? _____

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen. Gesundheitliche Probleme können auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen (wird Ihrer Kartei beigelegt) auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Werden oder wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wegen welcher Krankheit?	_____		
Nehmen Sie zurzeit regelmässig Medikamente ein?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	_____		
Herzerkrankungen:	Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Herzklappenfehler, künstl. Herzklappen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Angina pectoris	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kreislaufkrankungen:	zu hoher / zu tiefer Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bluterkrankungen:	Blutarmut	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Sind Sie antikoaguliert? (Quickwert/INR)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Bluten Sie stark oder lange bei Verletzungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Stoffwechselerkrankungen:	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergien:	Reagieren Sie überempfindlich auf		
	Spritzen oder Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Leiden Sie unter Asthma oder Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Haben Sie einen Allergiepass	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie jemals:	Eine Kieferhöhlenentzündung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Rheuma, Gelenkschwellungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Verdauungsstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Hormonelle Störungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Eine andere ernsthafte Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben oder hatten Sie Hepatitis (Gelbsucht)?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie einen HIV-Test durchgeführt?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wann?	_____	Ergebnis?	_____
Besteht zurzeit eine Schwangerschaft		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Datum:	_____	Unterschrift:	_____