

Personalangaben

<input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau		<input type="radio"/> Junge <input type="radio"/> Mädchen > >		Bei Minderjährigen: <input type="radio"/> Vater / Mutter <input type="radio"/> Vormund / Beistand	
Nachname:				Nachname:	
Vorname:				Vorname:	
Geburtsdatum (T/M/J):		___ / ___ / _____		Beruf:	
Beruf:					
Strasse:					
PLZ / Ort:					
Telefon Privat:					
Telefon Geschäft:					
E-Mail:					
Krankenkasse / Ort:					
Versicherungsnummer:					
Kostenträger:					
Werden Sie Sozialbeiträge für die Behandlung beantragen?		<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja			
Name und Adresse Ihres Hausarztes:					
Kontaktperson mit Telefonnummer für Notfälle:					
Überwiesen von:					

Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand

Gewisse Allgemeinerkrankungen bedingen Vorsichtsmassnahmen bei der zahnärztlichen Behandlung. Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis und werden vertraulich behandelt. Vielen Dank!

Allgemeine medizinische Fragen

	Ja	Nein
1. Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie etc.) auf Spritzen, Medikamente oder zahnärztliche Materialien? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Haben Sie einen Medikamentenpass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Haben Sie einen ärztlichen Ausweis/Pass? (antibiotische Abschirmung, Blutverdünnung, Transplantate, Gelenkersatz, Herzschrittmacher)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ja	Nein
5. Waren Sie je schwer krank und/oder in Spitalbehandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Haben Sie im Verlauf des letzten Jahres eine Veränderung Ihres Gesundheitszustands bemerkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Bluten Sie leicht oder lange, wenn Sie sich schneiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Bekommen Sie leicht blaue Flecken, wenn Sie sich stossen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Haben Sie künstliche Gelenke oder transplantierte Organe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Hatten Sie je einen Unfall im Bereich des Gesichts oder der Kiefer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Wurden Sie im Gesichtsbereich je operiert oder bestrahlt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Leiden Sie momentan oder litten Sie je an folgenden Erkrankungen oder Behinderungen?		
<input type="radio"/> Asthma oder Heuschnupfen	<input type="radio"/> Herzerkrankungen	
<input type="radio"/> Atemnot bei leichten Anstrengungen (Treppensteigen)	<input type="radio"/> Hoher/niedriger Blutdruck	
<input type="radio"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> Osteoporose	
<input type="radio"/> Gelenkbeschwerden	<input type="radio"/> Tumorerkrankung	
<input type="radio"/> Hautausschlag	<input type="radio"/> Anderes:	
<input type="radio"/> Infektionen (Tuberkulose, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten, HIV/AIDS)		
13. Fallen Sie leicht in Ohnmacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Haben Sie kürzlich ohne Diät an Gewicht verloren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Leiden Sie an häufigen Magen-/Verdauungsstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Erbrechen Sie häufig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sind Sie Mundatmer <input type="radio"/> oder Schnarcher <input type="radio"/> ? (Bitte Zutreffendes ankreuzen.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Rauchen Sie? (Wenn ja, wie viel? _____ / Seit wie vielen Jahren? _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Trinken Sie regelmässig Alkohol? (Wenn ja, wie viel? _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Konsumieren Sie regelmässig leichte oder harte Drogen? (Wenn ja, welche? _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für Frauen		
21. Sind Sie gegenwärtig schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Nehmen Sie die Antibabypille?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Arztgeheimnis und Datenschutz

Ich erkläre mich mit folgenden Punkten einverstanden:

- Im Falle einer ärztlichen Überweisung darf der behandelnde Zahnarzt dem zugewiesenen Arzt alle Daten übermitteln, die er für diesen Zweck als geeignet erachtet.
- Im Fall einer Einholung von Kostengutsprachen darf der behandelnde Zahnarzt den Krankenkassen alle Daten übermitteln, die er für diesen Zweck als geeignet erachtet.
- Unklarheiten bezüglich der Fragen (inkl. Arztgeheimnis und Datenschutz) wurden mir vom behandelnden Zahnarzt erläutert. Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.
- Ich erteile mein Einverständnis, dass Daten für die Rechnungsstellung und das Inkasso an die hierfür beauftragten Institutionen weitergeleitet werden dürfen.

Datum:

Unterschrift: