
**Wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben.
Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bei
eventuellen Fragen helfen wir Ihnen gerne.
Alle Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis.**

PERSONALIEN

Anrede:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Strasse:	<input type="text"/>	PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Beruf:	<input type="text"/>	Arbeitgeber:	<input type="text"/>
Telefon P.:	<input type="text"/>	Mobile:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>		

Kinder: (Name/Vorname und vollständige Adresse der Mutter/des Vaters od. gesetzlichen Vertreters)

Hausarzt / evtl. Spezialarzt:

ZAHNÄRZTLICHES

Grund für die Konsultation:

Grund für die Konsultation:

<input type="checkbox"/> Schmerzen?	wo:	<input type="text"/>	wann:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Infektionen, Entzündungen?	wo:	<input type="text"/>	wann:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kaufähigkeit genügend?	<input type="checkbox"/> Kaufähigkeit ungenügend?			
<input type="checkbox"/> Mit Ästhetik zufrieden?	<input type="checkbox"/> Mit Ästhetik unzufrieden?			
<input type="checkbox"/> Unfall / Operation im Mund-/Kiefer-/Gesichtsbereich?				
<input type="checkbox"/> Zahnersatz:	<input type="checkbox"/> festsitzend	<input type="checkbox"/> abnehmbar	<input type="checkbox"/> zufrieden	<input type="checkbox"/> unzufrieden
<input type="checkbox"/> Kiefergelenk:	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Knacken	<input type="checkbox"/> Geräusche	
<input type="checkbox"/> Zahnfleischbehandlung	wo:	<input type="text"/>	wann:	<input type="text"/>

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben oder umgekehrt. Durch das Beantworten dieser Fragen ermöglichen Sie uns, die Behandlung individuell und sicher auf Sie abzustimmen.

1. Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, aus welchem Grund? ja nein

2. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche? ja nein

Falls Sie eine Medikamentenliste haben, bitten wir Sie, uns diese für die Erstellung einer Kopie auszuhändigen.

3. Haben oder hatten Sie je eine schwere Infektion? ja nein

Gelbsucht / Hepatitis Tuberkulose HIV

4. Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja, welche? ja nein

5. Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Herz-/Kreislaufstörungen Grüner Star (Glaukom) Diabetes
 Bluthochdruck Nierenerkrankungen Epilepsie
 Schlaganfall Rheumatisches Fieber Osteoporose
 Atemwegserkrankungen Krebs Rheuma
 andere: _____

6. Bluten Sie lange, wenn Sie sich verletzen? ja nein

7. Nehmen Sie Blutverdünner ein? ja nein

8. Haben Sie einen Herz-Pass (Endocarditis)? ja nein

9. Haben Sie künstliche Gelenke, Transplantate, Implantate? ja nein

10. Hatten Sie je einen Zwischenfall bei einer zahnärztl. Behandlung? ja nein

11. Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____ Seit wann? _____

12. Nehmen oder nahmen Sie Medikamente zur Behandlung einer Osteoporose oder Metastasen von Tumoren? ja nein

13. Trinken Sie regelmässig Alkohol? ja nein

14. Für Frauen: Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche? _____

15. Zusätzliche Bemerkungen zum Gesundheitszustand:

ADMINISTRATIVES

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Von Freunden / Bekannten empfohlen

Übers Internet / Google

Praxishomepage

Überwiesen von:

bei Notfallpatienten, eigener Zahnarzt:

Anderes:

Selbstzahler

Unfallversicherung

IV/Ergänzungsleistungen

Sozialamt

Dürfen wir Ihnen Recallbriefe/Kostenvoranschläge und Rechnungen per E-Mail senden?

ja nein

Dürfen wir Ihnen Terminerinnerungen per SMS senden?

ja nein

Im Verhinderungsfall bitte spätestens 48 Stunden vorher absagen. Kurzfristig abgesagte oder nicht eingehaltene Termine müssen wir in Rechnung stellen. (Gemäss SSO-Tarif Zahnarzt: 82.70Fr. pro 15min und DH 31.40 pro 15min).

Ich erkläre hiermit die Richtigkeit der angegebenen Daten und erkläre mich einverstanden, dass Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder oder Fotos, deren Kopie oder Ausdrücke für medizinische, rechtliche sowie Zahlungszwecke anderen Medizinalpersonen, Versicherungen, Inkasso oder Betreibungsstellen mitgeteilt oder auf Anfrage zugestellt werden können.

Datum:

Unterschrift: