

**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"/>		

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

Hausarzt / evtl. Spezialarzt:

## ZAHNÄRZTLICHES

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"/>
<input type="checkbox"/> Mundgeruch	<input type="checkbox"/> Wenn ja, wünschen sie eine Beratung?			
<input type="checkbox"/> Schnarchen Sie oder leiden Sie an nächtlichen Atemaussetzern (Schlafapnoe)?				

## 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? Verwenden Sie Snus oder Cannabis ?  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. Für Frauen: Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche?

14. 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: 86.40Fr. pro 15min und DH 31.40 pro 15min).**

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Zahnärztin oder den Zahnarzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation, welche unter „Datenschutz“ auf unserer Homepage <https://www.fachzahnarztpraxis.ch/datenschutz> einsehbar ist, einverstanden bin.**

**Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Zahnärztin / meinem Zahnarzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen.**

**Patienteninformationen werden seitens der Zahnarztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.**

Datum:

Unterschrift:

### DR. MED. DENT. BEAT RÖTHLISBERGER

Fachzahnarzt für Parodontologie (CH, EFP) | WBA allgemeine Zahnmedizin

Marktgasse 8 | 3800 Interlaken | Telefon 033 822 22 12 | [info@fachzahnarztpraxis.ch](mailto:info@fachzahnarztpraxis.ch) (HIN) | [www.fachzahnarztpraxis.ch](http://www.fachzahnarztpraxis.ch)

SSO