

Frau Herr Titel: _____ Zivilstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse: _____ PLZ, Wohnort: _____

E-Mail: _____ Tel. P: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____ Tel. G: _____

Eltern / gesetz. Vertreter: _____ Tel. N: _____

Krankenkasse/Versicherung (Adressen): _____

Hausarzt, behandelnder Arzt (Adresse, Telefon): _____

Überweisender Zahnarzt: _____

Werden Sie von der Fürsorge, Sozialdienst oder einem Hilfswerk (z.B. IV) unterstützt? Ja Nein

Wünschen Sie eine Terminerinnerung per SMS?

Ich erteile Ihnen mein Einverständnis, die Krankenakten meines ehemaligen Zahnarztes einzusehen sowie die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchhaltung notwendigen Daten an die von Ihnen beauftragten Personen und Institutionen weiterzugeben.

Alle Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis

Bitte Zutreffendes ankreuzen	Ja	Nein	Hatten oder haben Sie:	Ja	Nein
Werden Sie gegenwärtig von einem Arzt behandelt? Wenn ja, weshalb? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwierigkeiten mit langem Bluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? (z.B. Marcumar, Xarelto, Plavix, Antidepressiva) Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz- oder Kreislaufstörungen (hoher Blutdruck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Allergien? (z.B. Antibiotika, Lokalanästhetika, Schmerzmittel, Penicillin, Latex) Allergieauslöser: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma, Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden oder werden Sie zur Zeit mit Bisphosphonaten behandelt? (z.B. Fosamax, Zometa, Bondronat, Bonviva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose; andere Knochenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Gelbsucht, AIDS, HIV pos.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Drogen konsumiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Epileptische Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Eine andere ernsthafte Erkrankung? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Eine Gelenksprothese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Besteht ein besonderes Behandlungsrisiko? (z.B. haben Sie einen Herzschrittmacher; müssen Sie vor der Behandlung ärztlich verschriebene Antibiotika einnehmen?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datum: _____					