



## Anmelde- und Gesundheitsfragebogen

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_ Geschäft \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_

Bei Kindern: Vorname von Vater / Mutter \_\_\_\_\_

Beruf von Vater / Mutter \_\_\_\_\_

Überwiesen / empfohlen durch \_\_\_\_\_

Hausarzt behandelnder Arzt \_\_\_\_\_

Kostenträger:  
 ich selbst    Unfallversicherung  
 Krankenkasse (Grundversicherung)    Sozialamt / EL

Genaue Angaben (Name des Kostenträgers) \_\_\_\_\_

Grund der Konsultation \_\_\_\_\_

Gefällt Ihnen Ihr Lachen / Ihre Zähne?      Ja  / Nein

Ist Ihnen die Ästhetik wichtig?                      Ja  / Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung?                Ja  / Nein

Um Sie individuell zu betreuen und allfällige Medikamente zu Ihrem Schutz richtig anzuwenden, benötigen wir einige Angabe über Ihre Gesundheit.

Alle Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis.

Ja    Nein

- Waren Sie in den letzten 6 Monaten im Spital oder ambulant in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_
- Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmässig Medikamente ein? .....      
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Nahmen Sie Antikoagulantien (Medikamente zur Blutverdünnung) oder neigen Sie zu Blutungen? .....
- Haben Sie Osteoporose? .....
- Bekommen Sie Medikamente / Spritzen / Infusionen für den Knochen? .....
- Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler? .....
- Haben Sie künstliche Herzklappen oder Gelenksprothesen .....
- Ist Ihr Blutdruck erhöht / zu tief? .....
- Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie etc.) auf Spritzen, Medikamente, zahnärztliche Materialien etc.? .....
- Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?
  - Asthma oder Lungenbeschwerden .....
  - Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) .....
  - epileptische Anfälle .....
  - Magen- oder Darmgeschwüre .....
  - Rheumatismus, Scharlach, oft Angina, Polyarthritis .....
  - Angina pectoris oder Herzinfarkt .....
  - Hals-, Nasen- oder Ohrenkrankheiten .....
- Wurden Sie im Rahmen einer Krebsbehandlung im Kiefer / Gesichtsbereich bestrahlt? .....
- Hatten Sie je oder haben sie Gelbsucht (Hepatitis) oder eine andere schwere Infektionskrankheit (HIV, Tuberkulose etc.)? .....
- Hatten Sie je oder haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung .....      
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Rauchen Sie? .....      
 Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_
- Konsumieren Sie Snus? .....
- Patientinnen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? .....

Ich erteile mein Einverständnis, die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die von mir genannten Institutionen (z. B. Versicherungen) weiterzugeben. Auch erteile ich mein Einverständnis, nötige Daten an externe Zahnärzte / Ärzte / Zahntechniker aufgrund z. B. einer Überweisung weiterzugeben. Ich akzeptiere den Inhalt des Informationsschreiben zum Datenschutz, welches zur Ansicht im Wartezimmer aufliegt und auf unserer Homepage aufgeführt ist.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

