

Anmeldung und Gesundheitsfragebogen

Bitte füllen Sie dieses Anmeldeformular mit dem Gesundheitsfragebogen wahrheitsgetreu aus. Betreffendes ankreuzen

Frau Herr Geburts-Datum _____

Name _____ Vorname _____

Name des gesetzl. Vertreters _____

Adresse _____ Tel. Privat _____

PLZ _____ Ort _____ Mobile _____

Beruf _____ Tel. Geschäft _____

Email _____ Per Email: Termin Ja KV Ja Rechnung Ja

Viele Menschen sind krank. Das kann auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Grund für Konsultation: Kontrolle Schmerzen Sanierung Andere Gründe

Art der Finanzierung: Selbstfinanzierung Krankenkasse Sozialleistungen/EL

Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

Waren Sie in letzter Zeit krank, in ärztlicher Behandlung oder im Spital? Nein Wenn ja, seit wann _____

Ihr Hausarzt: Name / Ort oder Telefon _____

Nehmen Sie irgendwelche Medikamente regelmässig ein? Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie im Verlauf der letzten Jahre eine Veränderung Ihres Gesundheitszustandes bemerkt? Ja Nein

Bluten Sie lange nach Verletzungen? Ja Nein

Ist Ihr Blut verdünnt? Wenn ja, wie hoch war Ihr letzter Quick-Wert? _____ Nein

Wie hoch ist Ihr Blutdruck? _____

Gehören Sie zu einer Risikogruppe? Ja, welche _____ Nein

Hatten Sie jemals:

Hepatitis (Gelbsucht), wenn ja wann _____ Nein Kieferhöhlen-Stirnhöhlenentzündungen? Ja Nein

Herz-Kreislaufstörungen? Ja Nein Schweres Rheuma, Gelenkschwellungen? Ja Nein

Herzerkrankungen (z.B. Endokarditis) ? Ja Nein Zuckerkrankheit? Ja Nein

Hormonelle Störungen? Ja Nein Verdauungsstörungen? Ja Nein

Eine ungewöhnliche Reaktion oder eine Allergie auf Medikamente oder Spritzen? Nein

Ja, auf welche? _____

Asthma, Heuschnupfen oder andere allergische Symptome? Nein

Ja welche? _____

Eine andere ernsthafte Erkrankung? Ja, welche? _____ Nein

Besteht zurzeit eine **Schwangerschaft**? Ja, Termin? _____

Sollten während der Zeit der Behandlung oder im Zeitraum zwischen zwei Kontrollen eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes eintreten, teilen Sie uns dies bitte mit.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der obigen Angaben, sowie Ihr Einverständnis, dass Ihre persönlichen Daten zwecks Rechnungsstellung und Inkasso an ein Inkassobüro weitergeleitet werden dürfen.

Datum _____ Unterschrift _____

Wie wurden Sie auf die Praxis aufmerksam? _____