



Dürfen wir Sie bitten, dieses Anmeldeformular und den Gesundheitsfragebogen möglichst exakt auszufüllen.
Bei eventuellen Unklarheiten sind wir gerne behilflich. Alle Angaben unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht.

Anmelde- und Gesundheitsfragebogen

PERSONALIEN

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Geburtsdatum: _____ Beruf: _____
Arbeitgeber: _____
Tel. (P): _____ Tel. (G): _____
Bei Kindern: Vorname, Beruf Vater/Mutter: _____
Hausarzt: _____ in: _____
Krankenkasse: _____ bei Zahnunfällen Versicherung: _____

1. Von wem wurden wir Ihnen empfohlen? _____
2. Letzter Zahnarztbesuch vor _____ Jahren
3. Beziehen Sie soziale Unterstützungs- oder Ergänzungsleistungen? Ja Nein

GRUND DER KONSULTATION

Allgemeine Zahnkontrolle
Schmerzen
Anfrage
Beratung

FRAGEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Diese Angaben dienen Ihrem Schutz und Ihrer individuellen Betreuung. Sie unterstehen strikte dem Arztgeheimnis. Wir bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes jeweils mitzuteilen.

- | | Ja | Nein |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie zur Zeit Schmerzen oder ein anderes zahnärztliches Problem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Waren Sie in den letzten 3 Monaten krank oder in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Nehmen Sie regelmässig irgendwelche Medikamente ein, eventuell nur zeitweise?
Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Bluten Sie lange bei Verletzungen oder nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?
Wenn ja, wie hoch ist Ihr Quickwert? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler?
Wenn ja, besitzen Sie einen Endocarditisprophylaxe- oder Allergieausweis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ist Ihr Blutdruck erhöht?
Oder zu tief? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion oder besteht eine bekannte Allergie auf Nahrungsmittel, Spritzen, Medikamente, Antibiotika (Penicillin), Materialien (Latex, Jod, Metalle)?
Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Haben Sie oder hatten Sie jemals folgende Krankheiten oder Behandlungen?
Gelbsucht, Hepatitis, Tuberkulose, HIV, AIDS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kiefer- oder Stirnhöhlenentzündungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asthma, Heuschnupfen, Ekzeme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie, Tumorbestrahlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herz-, Kreislaufstörung, angeborener oder erworbener Herzfehler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Künstliche Herzklappen oder sonstige Herzoperationen, Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben oder hatten Sie jemals eine andere schwere Erkrankung?
Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Nehmen Sie Drogen?
Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Für Patientinnen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Nehmen Sie Medikamente zur Schwangerschaftsverhütung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ästhetik: Ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne wichtig? | sehr wichtig <input type="checkbox"/> | |
| | wichtig <input type="checkbox"/> | |
| | nicht so wichtig <input type="checkbox"/> | |
| 14. Gefällt Ihnen Ihr Lachen? Gefallen Ihnen Ihre Zähne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sollte sich Ihr Gesundheitszustand ändern, bitten wir Sie, uns bei der nächsten Konsultation davon zu unterrichten. Mit bestem Dank.

Datum: _____ Unterschrift: _____