

Anmeldefragebogen**Name****Vorname**

Strasse

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Beruf

Arbeitgeber

Telefon Privat

Geschäft

Handy

E-Mail

Bei Kindern

Vorname Vater / Mutter

geb.

Beruf von Vater / Mutter

Überweisung / empfohlen durch

Hausarzt behandelnder Arzt

Telefon

Kostenträger

Vers.Nr.

 Privat KUF BVA SVA VA TGKK andere

Genauere Angaben (Name des Kostenträgers)

Grund der Konsultation

Gefallen Ihnen Ihr Lachen / Ihre Zähne?

 Ja Nein

Ist Ihnen die Ästhetik wichtig?

 Ja Nein**Gesundheitsfragebogen**

Um Sie individuell zu betreuen und allfällige Medikamente zu Ihrem Schutz richtig anzuwenden, benötigen wir einige Angaben über Ihre Gesundheit. Alle Ihre Angaben unterstehen dem Ärztegeheimnis.

Waren Sie in den letzten 6 Monaten im Spital oder ambulant in ärztlicher Behandlung?

 Ja Nein

Wenn ja, warum?

Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmäßig Medikamente ein?

 Ja Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Antikoagulantien (Medikamente zur Blutverdünnung) oder neigen Sie zu Blutungen?

 Ja Nein

Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler?

 Ja Nein

Haben Sie künstliche Herzklappen oder Gelenkprothesen?

 Ja Nein

Ist Ihr Blutdruck erhöht / zu tief?

 Ja Nein

Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie etc.) auf Spritzen, Medikamente, zahnärztliche Materialien etc.?

 Ja Nein

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?

Asthma oder Lungenbeschwerden

 Ja Nein

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

 Ja Nein

Epileptische Anfälle

 Ja Nein

Magen – oder Darmgeschwüre

 Ja Nein

Rheumatismus, Scharlach, oft Angina, Polyarthrit

 Ja Nein

Angina pectoris oder Herzinfarkt

 Ja Nein

Hals-, Nasen- oder Ohrenkrankheiten

 Ja Nein

Wurden Sie im Rahmen einer Krebsbehandlung im Kiefer / Gesichtsbereich bestrahlt?

 Ja Nein

Hatten Sie je oder haben Sie Gelbsucht (Hepatitis) oder eine andere schwere Infektionskrankheit (HIV, Tuberkulose etc.)?

 Ja Nein

Hatten Sie je oder haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung?

 Ja Nein

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

 Ja Nein

Patientinnen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?

 Ja Nein

Sind Sie an folgenden kostenpflichtigen Leistungen interessiert?

Weiße Füllungen

 Ja Nein

Anästhesie (Spritzen)

 Ja Nein

Mundhygiene

 Ja Nein**Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam**, dass bei Nichteinhalten eines Termins bzw. keiner rechtzeitigen Absage (mind. 24 h vorher) der Zeitaufwand in Rechnung gestellt wird.

Datum

Unterschrift