

Herzlich Willkommen bei Dentalpin Zahnärzte

<p>Name: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>PLZ, Ort: _____</p> <p>E-Mail: _____</p> <p>Beruf: _____</p> <p>Gesetzlicher Vertreter: _____</p> <p>Krankenkasse: _____</p> <p>Unfall oder Zahnzusatzversicherung _____</p> <p>Kostenübernahme Drittstelle <input type="checkbox"/> Sozialhilfe, Fürsorge</p> <p>Wünsche Terminerinnerung <input type="checkbox"/> SMS</p> <p>Empfohlen durch <input type="checkbox"/> Familie/Bekannte <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Inserat/Prospekt</p>	<p>Vorname: _____</p> <p>Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</p> <p>Telefon Privat: _____</p> <p>Telefon Geschäft: _____</p> <p>Telefon Mobile: _____</p> <p>Arbeitgeber: _____</p> <p>Vertreter Adresse: _____</p> <p>Hausarzt, Ort: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen zur AHV / IV</p> <p><input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> keine</p> <p>Name: _____ (Damit wir uns bedanken können 😊)</p>
---	---

Gesundheitsfragen – Zutreffendes bitte mit JA / NEIN ankreuzen. Alle Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis.

Allgemeine Situation

- Ja/Nein
- Allergien auf Spritzen, Jod, Penicillin, Schmerzmittel, Latex, Aspirin, andere: _____
- Asthma (schwere Atemnot)
- Herzerkrankung
- Nierenerkrankung
- Hoher/ niedriger Blutdruck
- Blutgerinnungsstörung/ Blutverdünnung
- Infektionen: HIV/ Hepatitis/ Gelbsucht/ Tuberkulose
- Rheumatische Erkrankungen
- Epilepsie
- Für Frauen: aktuelle Schwangerschaft
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- Depressionen
- Osteoporose: wenn ja, erhalten Sie Tabletten / Spritzen?
- Rauchen Sie: wenn ja, Anzahl/ Tag: ___; Was? _____
- Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, weshalb? _____
- Waren Sie in den letzten 6 Monaten in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, weshalb? _____
- Tumore: wenn ja, welche Art? _____
Wie wurden sie therapiert? _____

Listen Sie bitte alle Medikamente auf, die Sie zurzeit einnehmen:

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

Mund – Situation

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis? _____

Ja/Nein

- Schmerzen
- Lockere Zähne
- Zahnfleischbluten
- Mundgeruch
- Wenn ja, wünschen Sie eine Beratung?
- Knacken im Kiefergelenk
- Zahnfehlstellung
- Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt?

Patientenerklärung

Mein Arzt ist ermächtigt, wo nötig medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern. Ich erteile Ihnen mein Einverständnis für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die von Ihnen hierfür beauftragten Personen und Institutionen weiter zuleiten. Fotos und Röntgenbilder dürfen anonymisiert für Vorträge verwendet werden.

Ich verpflichte mich, allfällige Änderungen mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift
