

Herzlich Willkommen bei Dentalpin Zahnärzte

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

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

Aus rechtlichen Gründen möchten wir Sie auf Folgendes aufmerksam machen:

- Der Patient / Die Patientin entbindet hiermit den behandelnden Arzt für die Geltendmachung seiner / ihrer Honorarforderung vom Arztgeheimnis
- Ebenfalls ist ihm / ihr bewusst und er / sie ist einverstanden, das EDV – Beauftragte in Ausnahmefällen zu Wartungszwecken Einsicht in seine / ihre Daten haben können. Sie unterstehen ebenfalls der ärztlichen Schweigepflicht.

- Der Patient / Die Patientin ist einverstanden, dass digitale Patientendaten, zum Beispiel digitale Abdrücke und Röntgenbilder in speziellen, ausschliesslich dafür vorgesehenen Internetplattformen transferiert werden dürfen. Empfänger wie z.B. Zahntechniker unterstehen ebenfalls der Geheimhaltung.
- Fotos und Röntgenbilder dürfen anonymisiert für Vorträge verwendet werden.
- Ich verpflichte mich, allfällige Änderungen mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift
