

Name, Vorname

Adresse

Telefonnummer

Privat

Natel

Geschäft

E-Mail

Geburtsdatum

Zahnarzt

Hausarzt

Gesetzliche Vertretung

Empfohlen durch

Beruf

Datum

Unterschrift

Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden

Instagram

Google

Empfehlung

Anderes

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ja

Nein

1. Waren Sie in den letzten 3 Monaten im Spital oder ambulant in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, warum?

2. Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmässig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

3. Nehmen Sie Antikoagulantien (Blutverdünner) oder neigen Sie zu Blutungen?

4. Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler?

5. Ist Ihr Blutdruck erhöht?

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

7. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten:

• Asthma oder Heuschnupfen

• Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

• Epileptische Anfälle

• Häufige Kopfschmerzen

• Haben Sie ein künstliches Hüftgelenk, Kniegelenk oder Schultergelenk

• Nehmen Sie Biphosphonate gegen Osteoporose ein

• Magen- oder Darmgeschwüre

• Rheumatismus

• Eine Operation oder Bestrahlung im Gesicht oder Kieferbereich

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

9. Hatten Sie je oder haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung? Wenn ja, welche?

10. Sind Sie schwanger?

11. Sind Sie Raucher?

Wenn ja, wieviele pro Tag?

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, dass EDV-Beauftragte in Ausnahmefällen zu Wartungszwecken Einsicht in seine/ihre Daten haben können. Sie unterstehen ebenfalls der Geheimhaltung.