

Anmelde-/Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient.
Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis willkommen heissen zu dürfen
und bitten Sie, das nachfolgende Formular auszufüllen.

* Pflichtfelder müssen zwingend ausgefüllt werden.

Vorname*	Name*
.....
Geburtsdatum*	Strasse Nr.
.....
PLZ	Ort
.....
E-Mail	Natel*
.....
Telefon Geschäft	Telefon Privat
.....
Arbeitgeber	Beruf
.....
Hausarzt	Eltern oder gesetzlicher Vertreter
.....

Werden die Zahnarztkosten durch ein Sozialamt übernommen? Ja Nein

Ich habe bereits einen Termin vereinbart.*

Ja Datum*

Nein, bitte kontaktieren Sie mich

Empfohlen/überwiesen durch

Bitte ankreuzen was zutrifft:

1 Waren Sie in den letzten 3 Monaten im Spital od. ambulant in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum? Ja Nein

2 Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Name Medikament	Dosierung	Dauer
.....
.....
.....

Anmelde-/Gesundheitsfragebogen Fortsetzung

- 3 Nehmen Sie Blutverdünner oder neigen Sie zu Blutungen? Ja Nein
-
- 4 Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler? Ja Nein
-
- 5 Ist Ihr Blutdruck erhöht? Ja Nein
-
- 6 Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie etc.) auf Spritzen, Medikamente oder zahnärztliche Materialien? Ja Nein
-
- 7 Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten:
- Asthma Ja Nein

 - Heuschnupfen Ja Nein

 - Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) Ja Nein

 - Epileptische Anfälle Ja Nein

 - Häufige Kopfschmerzen Ja Nein

 - Magen- oder Darmgeschwüre Ja Nein

 - Rheumatismus Ja Nein
-
- 8 Hatten Sie je oder haben Sie Gelbsucht (Hepatitis) oder eine andere schwere Infektionskrankheit (AIDS, Tuberkulose)? Ja Nein
-
- 9 Hatten Sie je oder haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung? Wenn ja, warum? Ja Nein
-
- 10 Sind Sie schwanger? Ja Nein
-
- 11 Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel pro Tag? Ja Nein
-

Bemerkung

Datum

Unterschrift

.....