



# Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Wir freuen uns, dass Sie auf uns zukommen.

## Personalien:

Name	Vorname/n
Geburtsdatum	Zivilstand
Strasse / Nr.	PLZ / Wohnort
AHV Nummer	Titel
Telefon Privat	Telefon Geschäft
Handy	E-Mail
Beruf	Arbeitgeber
Hausarzt	Tel. Hausarzt
Krankenkasse	KK Nummer

### Für Minderjährige und Bevormundete: Name des Erziehungsberechtigten oder Beistandes

Name	Vorname	Titel
Adresse	PLZ / Ort	Zusatz

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

### Datenschutzerklärung:

Ich habe die Datenschutzerklärung der Praxis zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden. Die Datenschutzerklärung kann mit dem QR Code aufgerufen oder in der Praxis eingesehen werden.



Datum	Unterschrift
-------	--------------

- Ich erhalte Ergänzungsleistungen. Ja / Nein
- Ich erhalte Beiträge an zahnärztliche Behandlungen durch das Sozialamt. Ja / Nein

(Wenn Ja, unterschreiben Sie bitte die folgende Entbindung und den Zahlungsauftrag!)

### Entbindung:

Hiermit entbinde ich das Amt von der Schweigepflicht gegenüber meinem Zahnarzt und beantrage, dass das Amt die gesamte Korrespondenz in Zusammenhang mit meiner Zahnbehandlung in Kopie an ihn sendet (insbesondere die Information über die Kostenbeteiligung des Amtes).

### Zahlungsauftrag:

Ich beauftrage hiermit das entsprechende Amt, das Honorar für die zahnärztliche Behandlung direkt an den Zahnarzt zu bezahlen, sofern die Rechnung in Ordnung ist und die Behandlung einwandfrei durchgeführt wurde. Dieser Zahlungsauftrag gilt für das laufende Jahr und muss jährlich erneuert werden.

Datum	Unterschrift
-------	--------------



## Gesundheitsfragebogen:

Viele Menschen sind krank. Oft wird ein kontrolliertes Leiden so zur Gewohnheit, dass man nicht einmal mehr spontan daran denkt. Das kann Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen (gehört zu ihrer Krankheitsgeschichte) auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Welches ist der hauptsächliche Grund Ihrer Konsultation?

- |  |                |                      |
|--|----------------|----------------------|
| • <b>Waren Sie in den letzten zwei Jahren im Spital oder in ärztlicher Behandlung?</b><br>Wenn Ja, warum? _____  | Ja*            | Nein*                |
| • <b>Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?</b><br>Wenn Ja, welche? _____   | Ja             | Nein                 |
| • <b>Allergien:</b><br>Reagieren Sie überempfindlich auf Spritzen, Medikamente oder Nahrungsmittel (Penicillin, Jod Sulfonamide, etc.?)<br>Wenn Ja, auf welche? _____                                      | Ja             | Nein                 |
| Leiden Sie unter Asthma oder Heuschnupfen? _____   | Ja             | Nein                 |
| • <b>Bluterkrankungen:</b><br>Nehmen Sie Gerinnungshemmer (Quickwert)?<br>Hatten Sie je Schwierigkeiten mit langem Bluten?<br>Leiden Sie an Blutarmut?   | Ja<br>Ja<br>Ja | Nein<br>Nein<br>Nein |
| • <b>Herzerkrankungen:</b><br>Haben Sie Herzbeschwerden, sind Sie herzkrank?<br><b>Leiden Sie an:</b><br>zu hohem Blutdruck?<br>oder zu tiefem Blutdruck?<br>Benutzen Sie einen <b>Herzschrittmacher</b> ? | Ja<br>Ja<br>Ja | Nein<br>Nein<br>Nein |
| • <b>Leiden Sie an einer Atemwegserkrankung?</b>   | Ja             | Nein                 |
| • <b>Leiden Sie an einer Magen-Darm-Erkrankung (Magengeschwür)?</b>  | Ja             | Nein                 |
| • <b>Leiden Sie an einer Nierenerkrankung?</b>   | Ja             | Nein                 |
| • <b>Stoffwechselerkrankungen:</b><br>Diabetes (Zuckerkrankheit)<br>Schilddrüsenerkrankung<br>eine andere Stoffwechselerkrankung _____   | Ja<br>Ja<br>Ja | Nein<br>Nein<br>Nein |
| • <b>Neurologische Erkrankung</b> _____  | Ja             | Nein                 |
| • <b>Leiden Sie an einem Glaukom (grüner Star)?</b>  | Ja             | Nein                 |
| • Benötigen Sie eine <b>Endokarditisprophylaxe</b> ?   | Ja             | Nein                 |
| • Wurde bei Ihnen eine <b>Herzklappenprothese</b> eingesetzt?  | Ja             | Nein                 |
| • Wurde bei Ihnen eine <b>Gelenkprothese</b> eingesetzt?   | Ja             | Nein                 |
| • <b>Leiden Sie an einer chronischen Entzündung (Hepatitis B/C/HIV)?</b>   | Ja             | Nein                 |
| • <b>Hatten Sie jemals:</b><br>Eine Kieferhöhlenerkrankung?<br>Rheuma, Gelenkschwellungen (Polyarthritis rheumatica)?  | Ja<br>Ja       | Nein<br>Nein         |
| • <b>Eine andere ernsthafte Erkrankung?</b><br>Wenn Ja, welche? _____  | Ja             | Nein                 |
| • <b>Rauchen Sie?</b>  | Ja             | Nein                 |
| • <b>Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?</b>  | Ja             | Nein                 |

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_