



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?

Patientenerklärung:

Ich erteile Ihnen mein Einverständnis, für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendige Daten an die von Ihnen hierfür beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten.

| | |
|-------|--------------|
| 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?

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

Datum: _____ Unterschrift: _____