

Anmelde- und Gesundheitsbogen

bitte füllen Sie den Gesundheitsbogen möglichst vollständig und wahrheitsgetreu aus.
Ihre Personalien werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

1. Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____

Handy: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Bei Kindern (unter 18) Daten des Erziehungsberechtigten:

Name: _____ Vorname: _____

Strasse und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____ Tel.: _____

E-Mail: _____

Zusatzinformationen:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Vorheriger Zahnarzt: _____

Krankenkasse (AHV Nr.): _____

2. Zahlungsmodalität

- Privatzahler

Ich werde unterstützt von:

- Sozialamt
- Asylbehörden
- EL- Ergänzungsleistungen
- Andere: _____

Grund der Konsultation: _____

Wann waren Sie letztmals bei einer zahnärztlichen Untersuchung:

- Erfuhren Sie mal eine ungewöhnliche Reaktion auf zahnärztliche Spritzen? JA / NEIN
- Hatten Sie Probleme bei früheren Behandlungen? JA / NEIN
- Wenn Ja, welche? (Angst, Übelkeit, Ohnmacht):
- Werden Sie gegenwärtig von einem Arzt behandelt? JA / NEIN
- Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?:
- Leiden oder litten Sie an folgenden Krankheiten:
- Herzkrankheit, Herzinfarkt, Bypass, künstliche Klappen, Herzschrittmacher .. JA / NEIN
- Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck JA / NEIN
- Diabetes (Zuckerkrankheit) JA / NEIN
- Infektionskrankheit (Tuberkulose, HIV, Hepatitis) JA / NEIN
- Allergien (Medikamentenallergie, Asthma, Metalle, Latex)..... JA / NEIN
- Epilepsie (Krampfanfälle) JA / NEIN
- Befinden Sie sich in einer Therapie gegen verminderte Knochendichte/Osteoporose? JA / NEIN
- Bluterkrankungen (Blutverdünnung, Anämie) JA / NEIN
- Tumorerkrankung (Krebs)..... JA / NEIN
- Leiden Sie an einer anderen allgemeinen Erkrankung (z.B. Parkinson, MS, Rheuma) JA / NEIN
- Haben Sie künstliche Gelenke?..... JA / NEIN
- Sind Sie Raucher? JA / NEIN
- Besteht eine mögliche Schwangerschaft: JA / NEIN
- Ich bin mit einem allfälligen digitalen
Datentransfer per E-Mail in ein Partnerlabor einverstanden JA / NEIN
- Ich möchte meine Rechnungen per E-Mail JA / NEIN
- Ich möchte per E-Mail an meinen Recall erinnert werden JA / NEIN
- Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Zahnbilder in Absprache zu Marketingzwecken
benutzt werden dürfen (nur Bilder der Zähne) JA / NEIN

Mir wurde die Praxis empfohlen durch: _____

Hiermit erteile ich meinem behandelnden Zahnarzt/meiner behandelnden Zahnärztin und dem Praxispersonal die Erlaubnis, medizinische Akten zur Einsicht einzufordern und erforderliche Patientendaten an die jeweiligen privaten oder staatlichen Institutionen/Stellen zur Beurteilung, Rechnungsstellung und/oder Inkasso weiterzuleiten. Ich verpflichte mich, die Anamnese regelmässig zu überprüfen und Änderungen in meinem Gesundheitszustand meinem Zahnarzt/meiner Zahnärztin mitzuteilen.

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____