

Anmelde- und Gesundheitsbogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Strasse und Hausnummer: _____
 PLZ und Ort: _____
 Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____
 Handy: _____ Fax: _____
 E-Mail: _____
 Beruf: _____ Arbeitgeber: _____
 Gesetzlicher Vertreter (ev. Beistand): _____

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 Email in ein Partnerlabor einverstanden JA / NEIN

Mir wurde die Praxis empfohlen durch: _____

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____