

Personalien

Name Vorname

Zivilstand Geburtsdatum

Strasse / Nr.

PLZ Ort

Tel. P. Tel. G.

Mobile E-Mail

Gesetzl. Vertreter Staat (Ausweis)

Beruf / Titel Arbeitgeber

Hausarzt

Krankenkasse Vers.-Nr.

AHV-Nr.

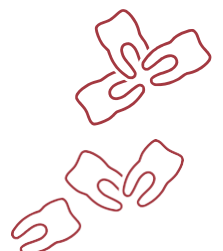
Bitte nehmen Sie Ihre Schweizer Krankenversicherungskarte (KGV) mit!

	ja	nein
Erhalten Sie Fürsorgeleistungen / Sozialhilfe / Ergänzungsleistungen? Nutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie E-Banking? Dürfen wir Ihnen Ihre Rechnung per E-Mail zusenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gemäss Art. 321 des Schweizerischen Strafgesetzbuches unterliegt die zahnärztliche Tätigkeit der beruflichen Schweigepflicht. Es ist in Ausnahmefällen jedoch möglich, dass gegenüber Ärzten, Spitälern, Versicherungen, Krankenkassen und sozialen Amtsstellen beschränkt Auskunft erteilt werden muss.

Ich habe die Patienteninformation / Datenschutzgesetz, welche in der Praxis an der Rezeption aufliegt gelesen und bin mit dem Inhalt einverstanden.

Datum Unterschrift



Fragen zum Gesundheitszustand

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen wahrheitsgetreu auszufüllen, um für sich und für uns unerwünschte Folgen einer Krankheit auf dem Zahnarztstuhl zu vermeiden. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. – Danke!

	ja	nein
Fühlen Sie sich zurzeit vollständig gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie während der letzten 12 Monate im Spital oder in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, warum?		
Nahmen Sie in den letzten 12 Monaten regelmässig Medikamente / Drogen ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Hatten Sie jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen, Medikamente o.ä.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, worauf?		
Leiden Sie unter Allergien wie Heuschnupfen, Asthma oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals oder haben Sie eine ansteckende Krankheit (z.B. Gelbsucht, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, AIDS, andere virale Infektionen, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen HIV-Test machen lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie war das Resultat?		
Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Herz- oder Kreislaufstörungen (Endokarditis / Blutdruck / Herzschrittmacher)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?		
Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung (Antikoagulation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?		
Sind bei Ihnen Blutkrankheiten festgestellt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?		
Leiden Sie unter einer anderen ernsthaften Erkrankung: Epilepsie, schweres Rheuma, Schlaganfall, Ulcus, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter hormonellen Störungen (Schilddrüse, Klimakterium, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich bis auf Widerruf mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss der Patienteninformation / Datenschutzgesetz einverstanden bin.

Datum

Unterschrift