

DiepoldZahn

Sonnenstrasse 2 | 9444 Diepoldsau
info@diepoldzahn.ch | Telefon 071 733 26 66



Anmelde- und Gesundheitsfragebogen

Um Sie individuell zu betreuen und fallfällige Medikamente zu Ihrem Schutz richtig anzuwenden, benötigen wir einige Angaben über Ihre Gesundheit.

Alle Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis.

Ja Nein

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Telefon Privat _____ Geschäft _____

E-Mail _____ Natel _____

Bei Kindern: Vorname von Vater / Mutter _____

Beruf von Vater / Mutter _____

Überwiesen / empfohlen durch _____

Hausarzt / behandelnder Arzt _____

Kostenträger:

Ich selbst Unfallversicherung

Krankenkasse (Grundversicherung) Sozialamt / EL

Genaue Angaben (Name des Kostenträgers) _____

Grund der Konsultation _____

Gefällt Ihnen Ihr Lachen / Ihre Zähne? Ja Nein

Ist Ihnen Ästhetik wichtig? Ja Nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

– Waren Sie in den letzten 6 Monaten im Spital oder ambulant in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum? _____

– Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmässig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? _____

– Nahmen Sie Antikogulantien (Medikamente zur Blutverdünnung) oder neigen Sie zu Blutungen?

– Haben Sie Osteoporose?

– Bekommen Sie Medikamente / Spritzen / Infusionen für den Knochen?

– Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler?

– Haben Sie künstliche Herzklappen oder Gelenkprothesen?

– Ist Ihr Blutdruck erhöht / zu tief?

– Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie etc.) auf Spritzen, Medikamente, zahnärztliche Materialien etc.?

– Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?

Asthma oder Lungenbeschwerden

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

epileptische Anfälle

Magen- oder Darmgeschwüre

Rheumatismus, Scharlach, oft Angina, Polyarthritis

Angina pectoris oder Herzinfarkt

Hals-, Nasen- oder Ohrenkrankheiten

– Wurden Sie im Rahmen einer Krebsbehandlung im Kiefer / Gesichtsbereich bestrahlt?

– Hatten Sie je oder haben Sie Gelbsucht (Hepatitis) oder eine andere schwere Infektionskrankheit (HIV, Tuberkulose etc.)?

– Hatten Sie je oder haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung
Wenn ja, welche? _____

– Rauchen Sie?
Wenn ja, wieviel? _____

– Konsumieren Sie Snus?

– Patientinnen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?

Ich erteile mein Einverständnis, die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die von mir genannten Institutionen (z.B. Versicherungen) weiterzugeben. Auch erteile ich mein Einverständnis, nötige Daten an externe Zahnärzte / Ärzte / Zahntechniker aufgrund z.B. einer Überweisung weiterzugeben. Ich akzeptiere den Inhalt des Informationsschreiben zum Datenschutz, welches zur Ansicht im Wartezimmer aufliegt und auf unserer Homepage aufgeführt ist.

Datum _____

Unterschrift _____

