

Patientenfragebogen

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ, Wohnort:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Handynummer:

Telefonnummer Festnetz:

Beruf:

Kostenträger: Selbstzahler Sozialhilfe Ergänzungsleistungen

Krankenkasse:

Hausarzt:

Bei Kindern: Name & Vorname der gesetzlichen Vertreter:

Grund der Konsultation:

Wünschen Sie die Korrespondenz (Rechnungen/Kostenvoranschläge): per Post per Mail

Wünschen Sie eine Terminerinnerung für die jährliche Zahnreinigung? Keine Erinnerung SMS Mail Telefon

Ihr Gesundheitszustand sowie die Einnahme von Medikamenten können einen Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb, die nachfolgenden Fragen wahrheitsgetreu auszufüllen. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

	JA	NEIN
Waren Sie in den letzten 3 Monaten im Spital oder in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Wenn ja, welche?</i> _____		
Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel oder leiden Sie an einer Bluterkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an einer Herz-/ Kreislaufkrankung (z.B. Endokarditis, Angina pectoris)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist Ihr Blutdruck erhöht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben oder hatten Sie jemals eine der aufgeführten Infektionskrankheiten?		
<i>Hepatitis</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>HIV</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Tuberkulose</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte füllen Sie auch die Fragen auf der Rückseite aus ->

	JA	NEIN
Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie etc.) auf Nahrungsmittel, Spritzen, Medikamente oder zahnärztliche Materialien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Wenn ja, welche?</i> _____		
Mussten Sie sich einmal einer Bestrahlungstherapie und/oder Chemotherapie unterziehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tragen Sie Gelenkprothesen, Herzschrittmacher oder andere Implantate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Wenn ja, welche?</i> _____		
Leiden Sie unter einer Stoffwechselerkrankung (z.B. Schilddrüsenerkrankung, Diabetes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht bei Ihnen eine Erkrankung der Atemwege (z.B. Asthma)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine Leber- oder Nierenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Rheuma oder Osteoporose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht bei Ihnen eine neurologische Erkrankung (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder schlechtem Atem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knirschen Sie mit den Zähnen oder haben Sie Kiefergelenksprobleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie mit dem Erscheinungsbild Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Zahnarztangst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für Frauen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie das wahrheitsgetreue Ausfüllen dieses Fragebogens und erklären sich einverstanden, dass Ihre Daten zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen oder Informationen mit Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt oder weiteren, der Schweigepflicht unterstehenden Personen (Versicherungen, Behörden, Inkasso etc.) ausgetauscht werden können.

Wir danken Ihnen für Ihre wertvolle Mitarbeit und Ihr Vertrauen!

Datum:

Unterschrift:
