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: _____

Korrespondenz:
Rechnungen und Kostenvoranschläge stellen wir Ihnen **standardmässig per E-Mail** zu.
Falls Sie die Zustellung per Post wünschen, kreuzen Sie dies bitte an: ○ per Post

Wie wünschen Sie die Terminerinnerung? ○ per SMS ○ per E-Mail

---

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?	○	○
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?	○	○
Wenn ja, welche?_____		
Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel oder leiden Sie an einer Bluterkrankung?	○	○
Leiden Sie an einer Herz-/Kreislauferkrankung (z. B. Endokarditis, Angina pectoris)?	○	○
Ist Ihr Blutdruck erhöht?	○	○
Haben oder hatten Sie jemals eine der aufgeführten Infektionskrankheiten?		
Hepatitis	○	○
HIV	○	○
Tuberkulose	○	○

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?	○	○
Wenn ja, welche?_____		
Mussten Sie sich einmal einer Bestrahlungstherapie und/oder Chemotherapie unterziehen?	○	○
Tragen Sie Gelenkprothesen, Herzschrittmacher oder andere Implantate?	○	○
Wenn ja, welche?_____		
Leiden Sie unter einer Stoffwechselerkrankung (z. B. Schilddrüsenerkrankung, Diabetes)?	○	○
Besteht bei Ihnen eine Erkrankung der Atemwege (z. B. Asthma)?	○	○
Haben Sie eine Leber- oder Nierenerkrankung?	○	○
Leiden Sie unter Rheuma oder Osteoporose?	○	○
Besteht bei Ihnen eine neurologische Erkrankung (z. B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson)?	○	○
Rauchen Sie?	○	○
Leiden Sie unter Mundgeruch oder schlechtem Atem?	○	○
Knirschen Sie mit den Zähnen oder haben Sie Kiefergelenksprobleme?	○	○
Sind Sie mit dem Erscheinungsbild Ihrer Zähne zufrieden?	○	○
Leiden Sie unter Zahnarztangst?	○	○
Für Frauen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	○	○

Gibt es sonst noch etwas, das wir für Ihre Behandlung wissen sollten?

_____

_____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diesen Fragebogen wahrheitsgetreu ausgefüllt haben. Gleichzeitig erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir bei Bedarf notwendige Informationen bei Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt sowie bei weiteren beteiligten Fachpersonen oder Stellen einholen und mit diesen austauschen dürfen.

Wir danken Ihnen für Ihre wertvolle Mitarbeit und Ihr Vertrauen.

Datum:_____ Unterschrift:_____