

Vielen Dank, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken. Im Sinne einer bestmöglichen Anamnese und Therapie bitten wir Sie, uns vor dem anstehenden Termin einige Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand zu beantworten.

Name, Vorname .....

Strasse .....

PLZ / Ort .....

Geburtsdatum .....

Beruf .....

Telefon Privat .....

Telefon Geschäft .....

Natel .....

eMail .....

Überwiesen / empfohlen durch .....

Hausarzt, behandelnder Arzt .....

Telefon .....

Nur bei Kindern .....

Name Vater / Mutter .....

Beruf Vater / Mutter .....

Grund der Konsultation .....

Kostenträger

- ich selbst       Zahnversicherung       Unfallversicherung  
 Krankenkasse       Sozialamt / IV       andere

Name des Kostenträgers .....

Patientinnen: Besteht aktuell eine Schwangerschaft?  ja  nein

Die Leistungsabrechnung erfolgt nach dem Tarifsysteem der schweizerischen Zahnärztesgesellschaft (SSO). Nach dem individuellen Behandlungsplan wird ein detaillierter Kostenvoranschlag mit Zahlungsmodalitäten erstellt.

Gefällt Ihnen Ihr Lachen / Ihre Zähne?  ja  nein  
Ist Ihnen die Ästhetik wichtig?  ja  nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? .....  ja  nein

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

Nehmen Sie in den letzten Wochen regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein  
Wenn ja, welche? .....

Nehmen Sie Antikoagulantien (Blutverdünner) oder neigen Sie zu Blutungen?  ja  nein

Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler?  ja  nein

Haben Sie künstliche Herzklappen oder Gelenkprothesen?  ja  nein

Ist Ihr Blutdruck erhöht / zu tief?  ja  nein

Hatten Sie eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie etc.) auf Spritzen, Medikamente oder zahnärztliche Materialien etc.?  ja  nein

- Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?  
Asthma oder Lungenbeschwerden  ja  nein  
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)  ja  nein  
Epileptische Anfälle  ja  nein  
Magen- oder Darmgeschwüre  ja  nein  
Rheumatismus, Scharlach, Osteoporose, Polyarthrit  ja  nein  
Angina pectoris oder Herzinfarkt  ja  nein  
Hals-, Nasen- oder Ohrenkrankheiten  ja  nein

Wurden Sie im Rahmen einer Krebsbehandlung im Kiefer / Gesichtsbereich bestrahlt?  ja  nein

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

Hatten oder haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung?  ja  nein  
Wenn ja, welche? .....

Datum, Unterschrift .....

Alle Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis. Der unterzeichnende Patient ist damit einverstanden, dass die Rechnungskopie im Falle eines Inkassoverfahrens dem beauftragten Dritten zur Weiterbearbeitung übergeben werden darf.