



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Diese sind für eine angemessene und vor allen Dingen risikofreie Behandlung von großer Bedeutung. Darum beachten Sie bitte auch die nächsten Seiten dieses Bogens. Wir weisen darauf hin, dass alle von Ihnen gemachten Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und bedanken uns für Ihre Mithilfe.

Vorname: _____ Name: _____
PLZ, Wohnort: _____ Strasse, Nr.: _____
Beruf: _____ Geburtsdatum: _____
Tel. Geschäft: _____ Tel. Privat: _____
E-Mail: _____ Mobiltelefon: _____
Hausarzt: _____ Zahnarzt: _____

Überweisung durch Arzt Zahnarzt Sonstige Name und Adresse: _____

Welches besondere Anliegen führt Sie zu diesem Zahnarztbesuch?

Schmerzen Beratung Zweitmeinung Unfall Sonstiges

Sind Sie Fürsorge-, Sozialhilfeempfänger oder haben Sie Anspruch auf Ergänzungsleistungen zur AHV / IV

Haben Sie eine Zusatzversicherung Zahnmedizin? Ja Nein

Name und Sektion der Krankenkasse / Versicherung: _____

Name, Vorname und Adresse von gesetzlichem Vertreter: _____

Zahnmedizinische Fragen:

Haben Sie Schmerzen: An Zähnen am Zahnfleisch im Ober- oder Unterkiefer

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie häufig Kopf-, Nacken-, Schulter- oder Kaumuskelbeschwerden?

Gehen Sie regelmässig zum Zahnarzt? halbjährlich jährlich gelegentlich

Wann war die letzte Konsultation? _____

Hatten Sie je ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Spritzen?

Hatten Sie sonstige Probleme bei früheren zahnärztlichen Behandlungen? _____

Schmerzen / Schwellung Nachblutung Materialunverträglichkeit

Probleme mit Zahnersatz Angst Sonstiges

Fragen zum Gesundheitszustand:

Fühlen Sie sich zurzeit krank?

Waren Sie im letzten Jahr in ärztlicher Behandlung?

Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Krankenhaus?

Weshalb? _____

Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Medikamente?

Bitte die aktuell eingenommenen Präparate auf beiliegender Medikamentenliste eintragen!

Haben oder hatten Sie

- Zu hohen / tiefen Blutdruck?
- Ohnmachtsanfälle?
- Herzrhythmusstörungen?
- Einen Herzinfarkt?
- Einen Schlaganfall?
- Angeborene Herzfehler?
- Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)?
- Herzschrittmacher?
- Herzklappenoperation?
- Eine Blutkrankheit
wenn ja, welche? _____
- Blutarmut (Anämie)?
- Verlängerte Blutungszeit?
- Asthma?
- Heuschnupfen?
- Hautausschläge?
- Allergische Reaktionen?
wenn ja, auf was? _____
- Arthritis?
- Rheumatisches Fieber?
- Künstlicher Gelenkersatz?
- Chronische Schmerzen?

- Zuckerkrankheit (Diabetes)?
- Schilddrüsenerkrankung?
- Schlechte Wundheilung?
- Hormonelle Störung?
- Chronisches Augenleiden?
- Niereninsuffizienz?
- Magen - Darmerkrankungen?
- Lebererkrankungen?
- Gelbsucht (Hepatitis)?
- Multiple Sklerose?
- Osteoporose?
- Tumorbehandlung?
- Bekommen Sie Bisphosphonate?
- Erbkrankheiten?
- Epilepsie / Krampfanfälle?
- Geschlechtskrankheit?
- Besteht das Risiko für HIV?
- Nehmen Sie Drogen?
- Rauchen Sie?
Was? _____
Wie viel? _____
- Trinken Sie regelmässig Alkohol?
- Sind Sie schwanger?
- Nehmen Sie die Pille?

Ich erkläre mich einverstanden, dass Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inkl. Röntgenbilder oder Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke für medizinische Zwecke anderen Medizinalpersonen und Zahntechniker mitgeteilt oder auf Anfrage zugestellt werden können. Diese Personen unterstehen ebenfalls der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin ebenso einverstanden, dass die Abrechnung und die dafür nötigen Mitteilungen aus meiner Krankengeschichte an die Zahnärztekasse / Krankenkasse / Unfallversicherung oder Sozialversicherung direkt erfolgen dürfen.

Datum | Unterschrift des Patienten

Datum und Überprüfung

