

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Viele Krankheiten, die Einnahme von Medikamenten und andere Faktoren beeinflussen die zahnärztliche Behandlung. Füllen Sie daher bitte den Fragebogen gewissenhaft aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name _____ Vorname _____ geboren _____ Telefon _____

Mitglied

Name _____ Vorname _____ geboren _____

PLZ _____ Ort _____ Strasse _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Ich komme auf Empfehlung von: _____

Welches Hauptanliegen haben Sie? _____

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Weshalb? _____

privat zusatzversichert

Hatten Sie einen Unfall oder eine Operation im Kopfbereich
Wurden Sie in den letzten 2 Jahren geröntgt
Besteht eine Schwangerschaft _____ Monat

Allergien
wenn ja, welche? _____

Allergiepass

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Haben oder hatten Sie eine Reaktion auf Medikamente oder Spritzen? _____

Herzerkrankungen

Hoher Blutdruck
Niedriger Blutdruck
Herzschrittmacher
Herzinfarkt

Bluterkrankungen

Blutungsneigung
Gerinnungshemmer
Thrombose

Infektionserkrankungen

Hepatitis (Gelbsucht)
Aids
Ansteck. Krankheiten

Allgemeine Fragen

Zahnfleischbluten
Häufige Kopfschmerzen oder Kieferverspannungen
Legen Sie Wert auf eine Materialauswahl
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne unzufrieden
Wünschen Sie sich weissere Zähne

Sonstiges

Osteoporose
Zuckerkrankheit
Rheuma
Nierenerkrankungen
Asthma

Bitte beachten Sie, dass Anästhesien die Fahrtüchtigkeit beeinflussen können!!

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass vereinbarte Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, von uns in Rechnung gestellt werden (§§304,615 BGB), wenn kein anderer Patient einbestellt werden kann. Vielen Dank!

Datum _____

Unterschrift _____