

Personalien / Gesundheitsfragebogen

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Geburtsdatum	Beruf
Tel Privat	Tel Geschäft
Mobile	E-Mail
Termin Erinnerung per SMS: Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
Bei Kindern Name/Vorname des gesetzlichen Vertreters	
Name und Praxis-Ort Ihres Hausarztes	
Rechnungsstellung an: <input type="radio"/> Selbstzahlend <input type="radio"/> Gesetzlicher Vertreter <input type="radio"/> Sozialamt <input type="radio"/> Ergänzungsleistung	
Adresse für die Rechnungsstellung (falls nicht wie oben):	

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen vollständig und korrekt auszufüllen, da gewisse Erkrankungen auch bei zahnärztlichen Behandlungen besondere Vorsichtsmassnahmen bedingen. Teilen Sie uns aber auch Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes mit, die irgendwann nach dem Ausfüllen dieser Fragen eintreten.

Bitte Zutreffendes ankreuzen		
Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Medikamente regelmässig ein?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, bitte Medikamente auf der Rückseite notieren		
<input type="radio"/> Bluten Sie lange nach Verletzungen?	<input type="radio"/> Nehmen Sie Blutverdünner ein?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Nehmen Sie Bisphosphonate ein? (ZB:Prolia)		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Waren Sie in den letzten 12 Monaten krank, im Spital oder in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben oder hatten Sie jemals		
Herz-Kreislauf-Beschwerden	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Operation am Herzen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie von Ihrem Hausarzt, Kardiologen oder vom Spital eine rote oder grüne Karte erhalten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ist Ihr Blutdruck	<input type="radio"/> normal <input type="radio"/> zu hoch <input type="radio"/> zu niedrig	
Künstliche Gelenke	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Allergien/ungewöhnliche Reaktion auf Medikamente (auch Spritzen) oder Materialien	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Asthma oder Lungenbeschwerden	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hepatitis B/C (Gelbsucht)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
andere virale Infektionen (z.B. HIV)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
eine andere ernsthafte Erkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Rauchen Sie? Snus?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Konsumierten Sie je oder konsumieren Sie derzeit Drogen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nur für Patientinnen: Sind Sie möglicherweise schwanger?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bemerkungen:		

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit obenstehender Angaben, sowie Ihr Einverständnis, dass Ihre persönlichen Daten (**Name und Adresse**) zwecks Rechnungsstellung und Inkasso an ein Inkassobüro weitergeleitet werden dürfen. Ihre medizinischen Daten unterstehen dem Arztgeheimnis und werden NICHT an Drittpersonen weitergeleitet.

Datum	Unterschrift
-------	--------------