



Name..... Tel. Privat..... Arbeitgeber.....

Vorname..... Tel. Geschäft..... Empfohlen durch.....

Geburtsdatum..... Natel..... Hausarzt / behandelnder Arzt.....

Strasse..... E-Mail..... Bei Kindern: Vorname u. Beruf von Vater / Mutter

PLZ/Ort..... Beruf.....

Kostenträger: Selbstzahler Krankenkasse Sozialamt andere:.....

Viele Erkrankungen haben Auswirkungen auf zahnärztliche Behandlungsmassnahmen. Wir bitten Sie daher höflich, die folgenden Fragen vollständig zu beantworten. Alle Ihre Angaben unterliegen dem Arztgeheimnis.

Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein Hals-, Nasen- oder Ohrenkrankheiten ja nein

Wenn ja, warum? Allergien (Penizillin, Jod etc.) ja nein

..... Haben Sie rheumatische Beschwerden? ja nein

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? ja nein Wurden sie je strahlen behandelt? ja nein

Wenn ja, welche? Leiden / Litten Sie an Infektionskrankheiten? (HIV, Hepatitis) ja nein

..... Leiden Sie an einer anderen ernsthaften Erkrankung? ja nein

Nehmen Sie Blutverdünner oder neigen Sie zu Blutungen? ja nein Wenn ja, welche?

Leiden Sie an Herzerkrankungen? ja nein Rauchen Sie? ja nein

Ist Ihr Blutdruck erhöht / zu tief? ja nein Patientinnen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? ja nein

Hatten Sie eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen? ja nein

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten? Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und erteile mein Einverständnis, die für die Rechnungsstellung und Buchführung erforderlichen Daten an die hierfür beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten.

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ja nein Datum Unterschrift

Asthma oder Lungenbeschwerden ja nein

Epileptische Anfälle ja nein

Magen- oder Darmgeschwüre ja nein