

Gesundheitsfragebogen

Gewisse Allgemeinerkrankungen bedingen erhöhte Vorsichtsmassnahmen bei der zahnärztlichen Behandlung. Wir bitten Sie daher, die folgenden Fragen vollständig auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Vielen Dank!

Namen		Privat	
Vornamen		Geschäft	
Strasse		Natel	
PLZ/Ort		E-Mail	
Beruf		Geburtsdatum	
gesetzlicher Vertreter			
Hausarzt			
<input type="checkbox"/> SelbstzahlerIn <input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/> andere Kostenträger			

Allgemeinmedizinische Fragen	Ja	?	Nein
Waren Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie jemals:			
• Herzbeschwerden, Herzinfarkt, Herzklappenfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kreislaufprobleme, hohen oder niederen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Allergien auf Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heuschnupfen oder Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Blutverdünnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rheumatismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ein künstliches Hüftgelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sind Sie auf uns gekommen? _____

Zahnmedizinische Fragen:	Ja	?	Nein
Haben Sie zur Zeit Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie oft Aphthen oder Fieberbläschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Mundtrockenheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie je ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Spritzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? _____

Patientenerklärung

Ich entbinde meinen Zahnarzt vom Arztgeheimnis für Rückfragen beim Hausarzt, Spital, oder Kontakt mit dem Zahntechniker.

Datum: _____

Unterschrift: _____