

Personalien

Name:

Vorname:

Geburtsdatum: Nationalität:

Strasse:

PLZ / Wohnort:

Gesetzlicher Vertreter (bei Kindern, Vormundschaft):

Rechnungsadresse, falls abweichend von Privatadresse:

Telefon privat: Telefon Geschäft:

Natel: E-Mail:

Wünsche Korrespondenz per: Brief Telefon SMS E-Mail

Wünsche Terminerinnerung per: Brief Telefon SMS E-Mail

Beruf: Arbeitgeber:

Hausarzt mit Adresse, Telefon:

Krankenkasse mit Adresse:

Unfallversicherung mit Adresse:

Grund der Konsultation: Kontrolle Zahnschmerzen Unfall

Terminvereinbarung: Ich werde mich mit der Praxis in Verbindung setzen für einen Termin.
 Bitte rufen Sie mich an für einen Termin.

Patientenerklärung

Mein Zahnarzt ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern. In meinem Interesse erlaube ich ihm auch, seine Untersuchungs- oder Behandlungsergebnisse oder Beurteilung dem nachbehandelnden oder zuweisenden Arzt oder Zahnarzt zuzusenden. Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungstellung, die Buchführung und das allfällige Inkasso notwendigen Daten an die von Ihnen hierfür beauftragte Institution oder Personen weiterzuleiten.

Gesundheitsfragebogen

Name:

Vorname:

Alle Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis.

Es gibt Allgemeinerkrankungen, bei denen zahnärztliche Behandlungen mit einem gewissen Risiko verbunden sind. Dieses Risiko kann jedoch auf ein Minimum reduziert werden, wenn der Zahnarzt über den Gesundheitszustand des Patienten informiert ist. Mit der Beantwortung der folgenden Fragen helfen Sie uns, unangenehme Zwischenfälle bei der zahnärztlichen Behandlung zu vermeiden und das Praxis-Team und damit auch die anderen Patienten vor eventuellen ansteckenden Krankheiten zu schützen.

Risikogruppe Virus-Hepatitis und AIDS

Zu den exponierten Gruppen müssen heute aufgrund der Eigenarten der Krankheit gezählt werden: Träger von Hepatitis-Viren und AIDS-Antikörpern (mit oder ohne ausgebrochene Krankheit), Männer, die mit Männern Sexualkontakte pflegen, Drogenabhängige sowie Sexualpartner von Angehörigen dieser obengenannten gefährdeten Gruppen.

Allgemeinmedizinische Fragen

- Fühlen Sie sich zur Zeit gesund? Ja Nein
- Leiden oder litten Sie jemals an einer ernsthaften Krankheit? Ja Nein
- Nehmen Sie zur Zeit oder regelmässig Medikamente ein? Ja Nein
- Wenn ja, welche?
- Haben Sie oder hatten Sie jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Penicillin, Antibiotika oder andere Medikamente? Ja Nein
- Wenn ja, bei welchen?
- Leiden Sie an Allergien, Asthma oder Heuschnupfen? Ja Nein
- Bekommen Sie leicht blaue Flecken, wenn Sie sich anstossen? Ja Nein
- Nehmen Sie medikamentöse Blutverdünner? Ja Nein
- Bluten Sie lange, wenn Sie sich verletzen? Ja Nein
- Haben oder hatten Sie jemals:
- Herz-Kreislauf-Störungen? Ja Nein
 - Zu hohen oder tiefen Blutdruck? Ja Nein
 - Embolien , Thrombosen , Gelbsucht , Tuberkulose ? Ja Nein
 - Hormonelle Störungen (Schilddrüse , Diabetes)? Ja Nein
 - Leber- oder Nierenerkrankungen ? Ja Nein
 - Atemwegs- oder Lungen-Erkrankungen? Ja Nein
 - Rheuma oder andere chronischen Krankheiten? Ja Nein
 - Magen- oder Darmprobleme? Ja Nein
 - Epilepsie, Schwindel, Bewusstlosigkeit? Ja Nein
 - Andere, spezielle Krankheiten? Ja Nein
 - Wenn ja, welche?

Name:

Vorname:

Für Frauen

- Sind Sie (möglicherweise) schwanger? Ja Nein
- Stillen Sie zurzeit? Ja Nein
- Nehmen Sie Osteoporosemedikamente ein? Ja Nein

Zahnärztliche Fragen

- Haben Sie momentan Schmerzen an Zähnen oder Zahnfleisch? Ja Nein
- Hatten Sie jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen? Ja Nein
- Hatten Sie jemals Zahnstellungskorrekturen (Spange)? Ja Nein
- Leiden Sie an Mundtrockenheit? Ja Nein
- Erbrechen Sie häufig? Ja Nein
- Schnarchen Sie? Ja Nein
- Knirschen Sie? Ja Nein
- Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden? Ja Nein
- Leiden Sie an Depressionen? Ja Nein
- Ist Ihr Blut möglicherweise infektiös, d.h. Hepatitis- oder HIV-positiv? Ja Nein
- Nehmen Sie Drogen? Ja Nein
- Sind Sie Raucher/in? Ja Nein
- Wenn ja, wieviel? < als 1/2 Päckli / Tag, bis 1 Päckli / Tag, > als 1 Päckli / Tag
- Trinken Sie regelmässig Alkohol? Ja Nein
- Wenn ja, wieviel? bis 1 Glas / Tag, mehr als 1 Glas / Tag
- Welche Mundhygiene-Hilfsmittel benutzen Sie?
- Zahnbürste, elektr. Zahnbürste, Zahnseide, Mundspülung, Fluorgel,
 Zungenreiniger, andere:
- Wie häufig reinigen Sie Ihre Zähne? 1x täglich, 2 – 3x täglich, häufiger
- Wurden Sie schon einmal von einer Dentalhygienikerin behandelt? Ja Nein
- Hatten Sie jemals Probleme bei früheren zahnärztlichen Behandlungen? Ja Nein

[Formular drucken](#)

Kontrolle Anamneseblatt:

Datum Visum

Datum Visum

Datum Visum