

Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Felix Grendelmeier
Postgässli 7
3662 Seftigen
033 345 66 33
info@zahnarzt-grendelmeier.ch

Anmelde- und Gesundheitsfragebogen

Name

Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Beruf

Arbeitgeber

Telefon Privat

Geschäft

E-Mail

Natel

Bei Kindern: Vorname Mutter / Vater:

Überwiesen/empfohlen von:

Hausarzt:

Telefon

Kostenträger:

ich selbst

Unfallversicherung

Sozialamt

Ergänzungsleistungen

Name und Adresse des Kostenträgers

Grund der Konsultation

Wie möchten Sie in Zukunft zur Kontrolle aufgeboten werden?

SMS

Brief

Telefon

Mail

Bitte wenden

Um Sie individuell zu betreuen und allfällige Medikamente zu Ihrem Schutz richtig anzuwenden, benötigen wir einige Angaben über ihre Gesundheit. Alle Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis.

	Ja	Nein
Waren Sie in den letzten sechs Monaten im Spital oder ambulant in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, warum? _____		
Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmässig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung oder neigen Sie zu Blutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Ihnen regelmässig Medikamente gespritzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie künstliche Herzklappen oder Gelenksprothesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfiehl Ihnen Ihr Arzt vor zahnärztlichen Eingriffen Antibiotika einzunehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Blutdruck erhöht / zu tief?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie beim Zahnarzt je eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen, Medikamente etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Asthma oder Lungenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Magen- oder Darmgeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rheumatismus, Scharlach, Polyarthrit, häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Angina pectoris oder Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie im Rahmen einer Krebsbehandlung im Kiefer/Gesichtsbereich bestrahlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie je oder haben Sie Gelbsucht (Hepatitis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie HIV-positiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie je oder haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wieviel? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Patientinnen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich erteile mein Einverständnis, die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die von mir genannten Institutionen (z.B. Versicherungen) weiterzugeben.

Datum _____ Unterschrift _____