



Personalien

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Adresse	PLZ / Wohnort
Rechnungsadresse: <input type="checkbox"/> wie oben	
Werden Sie von Fürsorge/ Sozialdienst oder einem Hilfswerk (z.B. IV) unterstützt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Tel. privat:	Tel. Geschäft:
Tel. mobil:	E-Mail:
Beruf:	Arbeitgeber:
Hausarzt:	Krankenkasse / Adresse:
Empfohlen oder überwiesen durch:	Vers.- Nummer:
Gesetzlicher Vertreter:	

Grund Ihrer Anmeldung? _____

Gesundheitsfragen

Alle Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis. Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an.

	Nein	Ja
1. Waren Sie während den letzten Jahren im Spital oder in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nahmen Sie in den letzten Wochen irgendwelche Medikamente regelmässig ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie in den letzten Wochen Gerinnungshemmer (Antikoagulantien) eingenommen? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen, Medikamente oder Speisen? Wenn ja, auf was? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie ein künstliches Gelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals:		
6. Schwierigkeiten mit langem Bluten (z.B. bei Verletzungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Herz- oder Kreislaufstörungen (z.B. Angina pectoris, Infarkt, Herzfehler, Rythmusstörungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. zu hohen / zu tiefen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Schweres Rheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Gelbsucht (Hepatitis) oder andere übertragbare Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. eine andere ernsthafte Krankheit (z.B. Epilepsie, Nierenerkrankung, Schlaganfall, Tumore usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Haben Sie jemals Drogen konsumiert? Wenn ja, welche? _____		
15. Rauchen Sie? Wenn ja wie viele Zigaretten pro Tag? _____		
16. Sind Sie HIV positiv (AIDS) oder gehören Sie einer Risikogruppe an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Patientinnen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ich erteile Ihnen mein Einverständnis, die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die von Ihnen hierfür beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten.
Sollte ich nach einer Zahnbehandlung von Unwohlsein, Fieber usw. geplagt sein, so werde ich mich mit dem Zahnarzt oder Hausarzt in Verbindung setzen**

Datum:

Unterschrift:
