

Herr Frau

Name: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name gesetzlicher Vertreter: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

T. Privat: _____ T. Geschäft: _____ Natel: _____ Mail: _____

Beruf: _____ Nationalität: _____

Empfehlung von: _____

Wer zahlt die Behandlung? Privat Versicherung Sozialamt
 Ausgleichskasse AHV/IV/EL Andere

Adresse Versicherung: _____

Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand

Gewisse Allgemeinerkrankungen bedingen Vorsichtmassnahmen bei der zahnärztlichen Behandlung. Wir bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen vollständig und korrekt auszufüllen. Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis und werden vertraulich behandelt. Vielen Dank!

Zahnmedizinische Fragen

	ja	nein
Was ist der Grund Ihres Besuches?		
1. Haben Sie Schmerzen an Zähnen oder Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie Schmerzen im Kiefer- oder Ohrbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie je eine unangenehme Reaktion auf zahnärztliche Spritzen erlebt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hatten Sie je Probleme bei früheren zahnärztlichen Behandlungen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
5. Haben Sie bezüglich Ästhetik Wünsche oder Anliegen (Zahnbleichung usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemeine medizinische Fragen

7. Hatten Sie je einen Unfall im Bereich des Gesichtes oder der Kiefer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wurden Sie im Bereich von Mund und Lippen je operiert oder bestrahlt, um einen Tumor oder irgendeine andere Krankheit zu behandeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wurden Sie im Laufe des letzten Jahres durch einen Arzt untersucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Haben Sie im Verlauf des Jahres eine Veränderung im allgemeinen Gesundheitszustand bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Werden Sie gegenwärtig von einem Arzt behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
13. Haben Sie je eine unangenehme Reaktion mit folgenden Medikamenten erlebt:		
• Aspirin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Penizillin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jod?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Barbiturate (Schlaftabletten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Beruhigungstabletten (Valium, Librium, Mogadon, Seresta usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Medikamente? Wenn ja, welche?		

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 14. Waren Sie je schwer krank und/oder in Spitalbehandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Haben Sie je eine grossere Operation über sich ergehen lassen müssen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Litten Sie je an folgenden Erkrankungen: | | |
| • Rheumatisches Fieber? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Entzündlicher Rheumatismus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Oestoporose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Diabetes (Zuckerkrankheit)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hoher Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Niedriger Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tuberkulose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Geschlechtserkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Herzerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hirnschlag? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? | | |

-
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 18. Haben Sie je Asthma oder Heuschnupfen gehabt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Bekommen Sie leicht blaue Flecken, wenn Sie sich anstossen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Haben Sie irgendeine Bluterkrankung (Anämie usw.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Haben Sie je schmerzhafte oder geschwollene Gelenke gehabt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Haben Sie künstliche Gelenke oder transplantierte Organe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Haben Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Fallen Sie leicht in Ohnmacht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Haben Sie je epileptische Anfälle gehabt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Haben Sie kürzlich ohne Diät an Gewicht abgenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Leiden Sie an häufigen Verdauungsstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Erbrechen Sie häufig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Sind sie häufig sehr durstig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Sind Sie Mundatmer oder Schnarcher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Haben Sie öfters heftige Kopfschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? | | |

Hepatitis und HI-Virus

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 34. Gehören Sie Ihres Erachtens zur HIV-Risikogruppe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Gehören Sie Ihres Erachtens zur Hepatitis-Risikogruppe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Wurden bei Ihnen entsprechende Tests durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Haben Sie je eine Bluttransfusion erhalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nur Frauen

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 38. Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Nehmen Sie die Antibabypille? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Zweitmeinungen, Beurteilungen, Ausfüllen von Formularen und kurzfristige Absagen (weniger als 24 Std.) verrechnet werden. Sie erlauben uns, falls nötig, mit Ihrem Arzt Rücksprache zu nehmen.

Name und Adresse Ihres Hausarztes

Name: _____ Vorname: _____
 Adresse: _____
 T. Praxis: _____ Natel: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Intern

Ich habe überprüft, dass der Fragebogen vollständig ausgefüllt ist.

Visum: _____