

Name	Tel. Geschäft
Vorname	Arbeitgeber
Strasse	Beruf
PLZ/Ort	AHV-Nummer
Geburtsdatum	Versicherungsgesellschaft
Email	Versicherungs- oder Kundennummer
Telefon/Mobile	Erhalten Sie Ergänzungsleistungen zur AHV/IV? ja nein

Adresse des gesetzlichen Vertreters (Name, Vorname, Adresse, Telefon)

.....

Hausarzt (Name, Adresse, Telefon)

.....

Überwiesen/empfohlen von

Grund des Besuches

Gewisse Allgemeinerkrankungen bedingen Vorsichtsmassnahmen oder spezielle Aufmerksamkeit bei einer zahnärztlichen Behandlung. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und korrekt. Wir sind an die ärztliche Schweigepflicht gebunden.

ja nein **Waren Sie im letzten Jahr in ärztlicher Behandlung oder im Spital?**

Wenn ja, warum?

ja nein **Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?**

Wenn ja, welche?

ja nein **Nehmen Sie Mittel zur Blutverdünnung ein?**

Wenn ja, welches?

ja nein **Ist Ihr Blutdruck normal?**ja nein **Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?**ja nein **Haben Sie einen Gesundheitspass oder anderen medizinischen Pass?****Haben oder hatten Sie jemals ...**ja nein **ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen, Medikamente oder zahnärztliche Materialien?**ja nein **Schwierigkeiten mit langem Bluten?**ja nein **Allergien?** Wenn ja, welche?ja nein **Asthma, Heuschnupfen?**ja nein **schweres Rheuma oder künstliche Gelenke?**ja nein **Epileptische Anfälle?**ja nein **Angina pectoris, Herzinfarkt, andere Herzerkrankungen, künstliche Herzklappen?**ja nein **eine Operation oder Bestrahlung im Kiefer- oder Gesichtsbereich?**ja nein **eine Infektionskrankheit wie Tuberkulose, Hepatitis A/B/C, oder sind Sie HIV positiv?**ja nein **Diabetes (Zuckerkrankheit)? [Diät, Medikament, Insulin]**ja nein **Rauchen Sie Zigaretten, Pfeife, Zigarren?** Wie viele pro Tag?ja nein **eine andere ernsthafte Erkrankung?** Wenn ja, welche?

Ich erteile die Erlaubnis, bei Bedarf die für die Rechnungsstellung und das Inkasso notwendigen Patientendaten weiterzuleiten an die rechnungsstellende und eine allfällige mit dem Inkasso beauftragte Institution, sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen (Betreibungsamt, Friedensrichteramt, zuständige Gerichte).

Datum: Unterschrift Patient: