

Fragebogen

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Gesetzl. Vertreter _____

Telefon Privat _____ Telefon Geschäft _____

Handy _____ E-Mail _____

Hausarzt mit Telefonnummer: _____

Krankenkasse / AHV-Nr. _____

Terminerinnerung per SMS erwünscht Korrespondenz und Rechnungen per E-Mail

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.
Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Gerne helfen wir Ihnen dabei.

Waren Sie während der letzten Jahre im Spital oder in ärztlicher Behandlung..... Ja Nein

Wegen welcher Erkrankung _____

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein..... Ja Nein

Wenn ja, welche und warum _____

Frühere Operationen _____

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten ?

Herzerkrankung (Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Rhythmusstörung) Ja Nein

Haben Sie einen Endokarditispass.... Ja Nein

Kreislauf-/ Gefässerkrankung (Durchblutungsstörung, Thrombose, zu hoher oder zu niedriger Blutdruck)... Ja Nein

Bluterkrankungen oder erhöhte Blutungsneigung... Ja Nein

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente Ja Nein

Allergien oder Überempfindlichkeiten auf Medikamente / Anästhesie.. Ja Nein

Osteoporose / Osteoporosemedikamente..... Ja Nein

Diabetes / andere Stoffwechselerkrankungen..... Ja Nein

Lungen- / Atemwegserkrankung (Asthma, chronische Bronchitis, TBC)..... Ja Nein

Lebererkrankung..... Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung..... Ja Nein

Infektionserkrankung (Gelbsucht, HIV)..... Ja Nein

Anfallsleiden, Epilepsie..... Ja Nein

Tumorerkrankung..... Ja Nein

Nerven- / Gemütsleiden..... Ja Nein

Augenerkrankung..... Ja Nein

Eine andere Erkrankung? Wenn ja, welche... Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft ? In welchem Monat ? Ja Nein

Datum: _____

Unterschrift: _____