

Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis von Frau. Dr. (UK) med. dent. Barbara Neudorfer

Name:..... Vorname:.....
 Geb. Datum:..... Beruf:.....
 Strasse, Nr.:..... PLZ, Wohnort:.....
 Telefon Privat:..... Telefon Geschäft:.....
 Natel:..... E-Mail:.....
 Zahnarzt:.....
 Hausarzt:.....
 Gesetzlicher Vertreter:.....
 Name der Krankenkasse / Versicherung:.....

Zusatzversicherung Zahnmedizin: Ja Nein

Sind Sie Fürsorge-, Sozialhilfeempfänger? Ja Nein

Haben Sie Anspruch auf Ergänzungsleistungen zur AHV / IV? Ja Nein

Grund der Konsultation:.....
 Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:.....

Zahnmedizinische Fragen:

Gehen Sie regelmässig zum Zahnarzt?	Ja	?	Nein
Wann war die letzte Konsultation?.....			
Wurden Sie schon von einer Dentalhygienikerin behandelt?	Ja	?	Nein
Hatten Sie je ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Spritzen?	Ja	?	Nein
Hatten Sie sonstige Probleme bei früheren zahnärztlichen Behandlungen?	Ja	?	Nein
Haben Sie Angst vor der Behandlung beim Zahnarzt?	Ja	?	Nein
Leiden Sie unter Mundgeruch?	Ja	?	Nein

Fragen zum Gesundheitszustand:

Herz- Kreislauferkrankung:

-zu hohen oder zu tiefen Blutdruck	Ja	?	Nein
-Herzbeschwerden / Schmerzen in der Brust bei Anstrengung	Ja	?	Nein
-Schwindel	Ja	?	Nein
-einen Herzinfarkt	Ja	?	Nein
-einen Schlaganfall	Ja	?	Nein
-einen angeborenen Herzfehler	Ja	?	Nein
-Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)	Ja	?	Nein
-Herzschrittmacher	Ja	?	Nein
-Herzklappenoperation	Ja	?	Nein
-Sonstiges.....			

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel oder neigen Sie zu Blutungen? Ja ? Nein

Atemwegserkrankungen:

Bitte auch die Rückseite dieses Formulars vollständig ausfüllen!



-Nasennebenhöhlenentzündungen (Sinusitis)	Ja	?	Nein
-Asthma	Ja	?	Nein
-Tuberkulose	Ja	?	Nein
-Schnarchen Sie?	Ja	?	Nein

Allergische Reaktionen:

-Penicillin	Ja	?	Nein
-Andere Antibiotika	Ja	?	Nein
-Schmerzmittel	Ja	?	Nein
-Jod	Ja	?	Nein
-Metalle	Ja	?	Nein
-Latex	Ja	?	Nein
Sonstiges:.....			

Rheumatische und / oder Gelenkserkrankungen:

-Arthritis	Ja	?	Nein
-Künstlicher Gelenkersatz, wenn ja, seit wann?.....	Ja	?	Nein

Stoffwechselerkrankungen:

-Zuckerkrankheit (Diabetes)	Ja	?	Nein
-eine Schilddrüsenerkrankung	Ja	?	Nein

Neurologische / psychische Erkrankungen:

	Ja	?	Nein
--	----	---	------

Wenn ja, welche?.....

Andere Erkrankungen:

-Nierenerkrankung	Ja	?	Nein
-Magen-Darmerkrankungen	Ja	?	Nein
-Lebererkrankungen	Ja	?	Nein
-Multiple Sklerose	Ja	?	Nein
-Tumorleiden	Ja	?	Nein
-Osteoporose	Ja	?	Nein
-Erbkrankheiten	Ja	?	Nein
-HIV	Ja	?	Nein
-Hepatitis B / C	Ja	?	Nein
-Sonstige:.....			

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?

	Ja	?	Nein
--	----	---	------

Wenn ja, welche?.....

.....

.....

Besteht eine Behandlung mit Bisphosphonaten?

	Ja	?	Nein
--	----	---	------

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel:.....

	Ja	?	Nein
--	----	---	------

Patientinnen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?

	Ja	?	Nein
--	----	---	------

Wenn ja, welcher Monat:.....

Ich möchte an meinem nächsten Behandlungstermin erinnert werden und bin bereit, an einem Wiederbestellungssystem teilzunehmen.

	Ja	?	Nein
--	----	---	------

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke für medizinische Zwecke anderen Medizinalpersonen mitgeteilt oder auf Anfrage zugestellt werden können. Diese Personen unterstehen ebenfalls der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum: _____

Unterschrift: _____