

Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Frau. med. dent. Barbara Schadeck

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

Bitte auch die Rückseite dieses Formulars vollständig ausfüllen!



Atemwegserkrankungen:

-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 Gelenkerkrankungen:

-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: _____