

Anmeldeformular und Gesundheitsfragebogen

Pat.-Nr. _____

Sämtliche Angaben unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht und werden daher vertraulich behandelt.

Persönliche Angaben

Nachname: _____ Telefon Mobil: _____

Vorname: _____ Telefon Privat: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon Geschäft: _____

Privatadresse: _____ PLZ/Ort: _____

Beruf / Firma: _____ E-Mail: _____

Gesetzl. Vertreter (Eltern / Vormund / Beistand): _____

Hausarzt (Name, Ort): _____

Bei Notfall: Hauszahnarzt (Name, Ort): _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Angaben zum Gesundheitszustand

Gewisse Erkrankungen und Medikamente bedingen Vorsichtsmaßnahmen bei der zahnärztlichen Behandlung. Wir bitten Sie deshalb, zu Ihrem Schutz die nachstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten.

Allgemeinmedizinische Fragen

- | | | ja | / | nein |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|---|--------------------------|
| 1. Sind Sie gegenwärtig bzw. waren Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung oder im Spital? > Wenn ja, weshalb?
_____ | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie einen ärztlichen Ausweis (z.B. Endokarditis-, Transplantat-, Herzschrittmacher-, Allergie-Pass)? > Bitte vorzeigen! | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 3. Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? > Wenn ja, welche? Bitte allfällige Medikamentendosierungskarte vorzeigen!
_____ | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 4. Rauchen Sie? > Wenn ja, was / wieviel pro Tag / seit wie vielen Jahren? _____ | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 5. Konsumieren Sie Alkohol oder andere Drogen? > Wenn ja, welche und wieviel? _____ | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 6. Patientinnen: 6.1. Besteht zurzeit (möglicherweise) eine Schwangerschaft? > Wenn ja, in welcher Woche? _____ | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 6.2. Stillen Sie zurzeit? | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 6.3. Nehmen Sie die Antibabypille? | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie oder hatten Sie jemals (bitte zutreffendes zusätzlich unterstreichen!): | | | | |
| 7. Endokarditis (Herzinnenhautentzündung), Herzfehler, Herzklappenfehler, Herzklappenersatz (künstliche Herzklappen) | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 8. Herzinsuffizienz (Herzschwäche), Angina pectoris (z.B. Schmerzen in der Brust bei Anstrengung), Herzinfarkt: Jahr: _____ | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 9. Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmacher: Jahr: _____ | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 10. Hypertonie (hoher Blutdruck), Hypotonie (niedriger Blutdruck) > Wenn ja, aktueller Blutdruck? _____ | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 11. Bluterkrankung, abnormal starke Neigung zu blauen Flecken, abnormal starke Blutungsneigung (langes Bluten bei Verletzungen)
> Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 12. Allergien: z.B. gegen Medikamente (z.B. Antibiotika, Schmerzmittel, Jod), Latex, Metalle (z.B. Nickel), Asthma, Heuschnupfen, etc.
> Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 13. Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion) | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 14. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit): <input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 15. Gewichtsverlust von 10 kg oder mehr ohne Diät, Verdauungsbeschwerden, Magen-/Darmgeschwüre | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 16. Leberzirrhose, Ikterus (Gelbsucht), Hepatitis (falls viral: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E) | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 17. Dialysepflichtige Niereninsuffizienz, akute Glomerulonephritis (Blut im Urin), Nierentransplantation, andere Organtransplantation | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 18. Rheumatische Erkrankung > Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 19. Osteoporose, Gelenkersatz (künstliche Gelenke) | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 20. Epilepsie, Schwindel, Ohnmacht, Schlaganfall, Glaukom (Grüner Star) | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 21. Radio- / Chemotherapie | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 22. Unfall / Operation im Kopfbereich | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 23. HIV-Infektion, AIDS, Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |
| 24. Andere, bisher nicht aufgeführte Erkrankungen > Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | | / | <input type="checkbox"/> |

Bitte wenden!

