

# Herzlich Willkommen bei Dentalpin Zahnärzte

Bitte füllen Sie dieses Formular aus

## PATIENTENINFORMATION

Name

E-Mail

Vorname

Beruf

Geschlecht

weiblich

männlich

Arbeitgeber

Geburtsdatum

Gesetzlicher Vertreter

Strasse, Nr.

Vertreter Adresse

PLZ, Ort

Krankenkasse

Telefon Privat

Unfall oder Zahnzusatzversicherung

Telefon Geschäft

Hausarzt, Ort

Telefon Mobile

### Kostenübernahme Drittstelle

Sozialhilfe

Fürsorge Ergänzungsleistungen zur AHV/IV

### Empfohlen durch

Familie/Bekannte

Name:

(Damit wir uns bedanken können)

### Wünsche Terminerinnerung

SMS

E-Mail

keine

Internet

Inserat/Prospekt

Bitte füllen Sie auch die zweite Seite aus →

## GESUNDHEITSFRAGEN

Zutreffendes bitte mit JA / NEIN ankreuzen. Alle Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis.

### Allgemeine Situation

JA NEIN

- Allergien auf Spritzen, Jod, Penicillin, Schmerzmittel, Acetylsalicylsäure, Aspirin, Bienenstich
- Asthma
- Herzerkrankung
- Nierenerkrankung
- Hoher/niedriger Blutdruck
- Infektionen: HIV/ Hepatitis/ Gelbsucht/ Tuberkulose
- Rheumatische Erkrankungen
- Epilepsie
- Für Frauen: aktuelle Schwangerschaft
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- Osteoporose  
 wenn ja, erhalten Sie Tabletten oder Spritzen?
- Rauchen Sie?  
 Anzahl/Tag       Was?
- Waren Sie in den letzten 6 Monaten in ärztlicher Behandlung?  
Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_
- Depressionen
- Tumore

### Mund-Situation

JA NEIN

- Schmerzen
- Lockere Zähne
- Zahnfleischbluten
- Mundgeruch  
 Wenn ja, wünschen Sie eine Beratung?
- Knacken im Kiefergelenk
- Zahnfehlstellung
- Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt?

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

---



---



---



---

## PATIENTENERKLÄRUNG

Mein Arzt ist ermächtigt, wo nötig medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern. Ich erteile Ihnen mein Einverständnis für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die von Ihnen hierfür beauftragten Personen und Institutionen weiter zuleiten. Fotos und Röntgenbilder dürfen anonymisiert für Vorträge verwendet werden. Ich verpflichte mich, allfällige Änderungen mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift