

Personalien: <i>Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!</i>		
Name:	Vorname:	
Strasse:	PLZ, Ort:	
Geburtsdatum:	Staatszugehörigkeit:	
Beruf:	Email:	
Telefon privat:	Natel:	Tel. beruflich:
Krankenkasse:	Mitgliedsnr.:	
Unfallversicherung:	Mitgliedsnr.:	
Erhalten Sie:	Ergänzungsleistungen (AHV, IV) <input type="checkbox"/>	Fürsorgeleistungen <input type="checkbox"/> Sozialleistungen <input type="checkbox"/>
Hausärztin/arzt (Name/Anschrift/Tel.):		
Gesetzl. Vertreter (Name/Anschrift/Tel.):		

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?	Internetpräsenz <input type="checkbox"/>	Internetsuchmaschine <input type="checkbox"/>
Empfehlung von:	Telefonbuch <input type="checkbox"/>	Lage der Praxis <input type="checkbox"/>

Fragen zur Gesundheit:		<i>(zutreffendes bitte ankreuzen und/oder unterstreichen)</i>	
Herz-, Kreislauferkrankung	<input type="checkbox"/>	Herzklappenerkrankung,-ersatz	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt, Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>
Bypass/Stent/Herzschriltmacher	<input type="checkbox"/>	Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	Einnahme „Blutverdünner“	<input type="checkbox"/>
Immunschwäche (HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/>	Rheuma, Rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A,B,C)	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Augenerkrankung (Glaukom, grüner Star)	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm Erkrankung	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	Osteoporose/ Einnahme v. Bisphosphonaten	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	Andere Erkrankungen/Infektionen	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie <input type="checkbox"/> wieviel pro Tag:.....		Schwangerschaft	JA <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/>
Psychische- neurologische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	Welcher Art?:	
Allergien/Allergiepass	<input type="checkbox"/>	Welche?:	
gegen Latex :	<input type="checkbox"/>	gegen Medikamente: <input type="checkbox"/>
Risikopass/Gesundheitspass:	<input type="checkbox"/>	Weswegen?:
Leiden Sie oft an Migräne, Kopfschmerz, Nackenverspannung, Rückenschmerzen, Tinnitus			<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Gelenkprothese?	<input type="checkbox"/>	Seit wann?:	
Immunschwäche Organtransplantation	<input type="checkbox"/>	Einnahme von Cortison/Immunsuppressiva	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Schlafapnoe	<input type="checkbox"/>	Schmerzen Sie oft und stark	<input type="checkbox"/>
Regelmässige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	Bitte füllen Sie die anhängende Medikamentenliste aus!	

Die Fragen zur Gesundheit dienen uns der risikoarmen und adäquaten Behandlung unserer Patienten und deshalb bitten wir Sie um genaue und vollständige Beantwortung unserer Fragen! Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Zahnärztliche Fragen:			
Ich bin mit meinen Zähnen/ meiner Zahngesundheit zufrieden: JA <input type="checkbox"/> EINGESCHRÄNKT <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?:			
Wünschen Sie: Beratung/ 2.Meinung? <input type="checkbox"/> Um was geht es Ihnen?:			
Kontrolle: <input type="checkbox"/>			
Dentalhygiene: <input type="checkbox"/>			
Ich habe Schmerzen/Beschwerden <input type="checkbox"/> Seit wann? Wie stark auf der Skala 1 –2 –3 –4 -5 -6 -7- 8- 9- 10			
Wo haben Sie diese: Oberkiefer <input type="checkbox"/> Unterkiefer <input type="checkbox"/> Deswegen Medikamente genommen? <input type="checkbox"/>			
Zahnfleisch: Bluten <input type="checkbox"/> Rückgang <input type="checkbox"/> Mundgeruch <input type="checkbox"/> Entzündungen <input type="checkbox"/>			
Ich hatte schon Wurzelbehandlungen Oberkiefer <input type="checkbox"/> Unterkiefer <input type="checkbox"/>			
Ich hatte eine Zahnregulierung/KFO <input type="checkbox"/> Ich bin mit meiner Zahnstellung zufrieden <input type="checkbox"/>			
Ich knirsche/presse mit den Zähnen <input type="checkbox"/> Ich habe Beschwerden an Kiefergelenk/ Kaumuskulatur <input type="checkbox"/>			
Ich trage/habe eine Aufbisschiene <input type="checkbox"/> Wann wurden Zähne/Kiefer das letzte Mal geröntgt?/Jahr:			
Ich habe grosse Angst vor der zahnärztlichen Behandlung <input type="checkbox"/> Ausgeprägter Würgereiz? <input type="checkbox"/>			
Unverträglichkeit der Betäubung/Anästhesie? <input type="checkbox"/> Ausgeprägte Spritzenangst? <input type="checkbox"/>			

Recall-Service: Wir bieten unseren Patienten einen kostenfreien Erinnerungsservice (unverbindlich) für anstehende Kontrolluntersuchung und Dentalhygiene an:

Ich möchte diesen Service nutzen

Ich organisiere mir diese Termine selbst

Aufklärung über zahnärztliche Lokalanästhesie:

Diese dient der schmerzfreien Behandlung und ist in der Regel gut verträglich!

Folgende Risiken (diese sind der Ausnahmefall!) sind zu beachten:

1. Blutergüsse und mögliche Infektionen im Bereich der Anästhesieregion
2. Nervschädigung (sehr selten!) mit zeitweisen oder dauerhaften Gefühlsausfällen oder -einschränkungen.
3. Eingeschränkte Verkehrstüchtigkeit während der Wirkzeit des Anästhetikums.
4. Gefahr der Selbstverletzung durch Beissverletzung der umgebenden Weichteile (Lippen, Wange, Zunge) durch fehlendes oder eingeschränktes Gefühl.

Die Aufklärung habe ich verstanden und zur Kenntnis genommen. Ich habe keine weiteren Fragen mehr dazu und bestätige das mit meiner Unterschrift am Ende des Patientenfragebogens!

Wir reservieren feste Termine für Sie und bitten Sie, 10 min vorher in der Praxis zu sein!


Wenn Sie diese nicht einhalten können, so sagen Sie bitte 24 Std. vorher ab, damit wir diese wertvolle Zeit dann für andere Patientenreservieren können!

Unser Honorar- und Rechnungswesen wird im Wesentlichen von der Encath AG/ Mediserv für uns durchgeführt und deshalb bitten wir Sie in einem gesonderten Formular bei Ihrem ersten Termin um die Entbindung von der Schweigepflicht zwecks Weitergabe von Daten bezüglich der Honorarabrechnung!

Ich habe den Fragebogen komplett und wahrheitsgetreu ausgefüllt und werde die Praxis bei Änderungen bezüglich meines Gesundheitszustandes und meiner Adressdaten/ Personalien entsprechend informieren.

Auch bin ich damit einverstanden, dass meine Daten zu therapeutischen Zwecken und für unsere Verwaltungsaufgaben gespeichert werden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch die Kenntnisnahme der auf diesem Patientenfragebogen enthaltenen Informationen und Aufklärungen, wozu ich keine Fragen mehr habe:

Ort, Datum.....

Unterschrift Patient..... 

Unterschrift gesetzlicher Vertreter..... 

