

Personalien

Name	Vorname	
<hr/>		
Geburtsdatum	Zivilstand	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
<hr/>		
Name des Erziehungsberechtigten (bei Kindern)		
<hr/>		
Adresse	PLZ	Wohnort
<hr/>		
Telefon Privat	Geschäft	Mobil
<hr/>		
Beruf	E-Mail	
<hr/>		
Hausarzt	früherer Zahnarzt / letzter Besuch	
<hr/>		
Name der Krankenkasse / Versicherung und Schaden-/Versichertennummer		
<hr/>		
Sind Sie IV-Rentner, EL-Bezüger oder Sozialhilfeempfänger? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<hr/>		
Patientenerklärung		
Ich erkläre hiermit, dass die Angaben zu meiner Person und zu meinem Gesundheitszustand wahrheitsgemäss sind und erteile Ihnen mein Einverständnis, die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die von Ihnen beauftragten Personen und Institutionen weiterzugeben.		
<hr/>		
Datum	Unterschrift	
<hr/>		

Gesundheitsfragebogen

Alle Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis.	ja	nein
Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort an:		
• Waren Sie in letzter Zeit krank, in ärztlicher Behandlung oder im Spital? <i>Grund?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nehmen Sie regelmässig Medikamente (auch selber gekaufte) oder Drogen ein? <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hatten Sie jemals eine ernsthafte Erkrankung oder Operation? <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Stehen Sie unter Blutverdünnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leiden Sie an einer der unten aufgeführten Erkrankungen bzw. haben Sie eine durchgemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herz-Kreislauf-Störung, Herzfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzschrittmacher / künstliche Herzklappen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Leber- oder Nierenerkrankungen (Dialyse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Magen- oder Darmerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Atemwegs- oder Lungenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tumoren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rheumatische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose, o.ä.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Künstliche Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leiden Sie an einer Krankheit, die hier nicht aufgeführt ist <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rauchen Sie? <i>Wenn ja, wieviel und seit wann?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leiden Sie unter störendem Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft? <i>Wenn ja, in welchem Monat?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>