



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ / Ort _____

Telefon (Privat) _____ Telefon (Arbeit) _____

Mobil _____ E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

Bei Kindern: Gesetzl. Vertretung: _____

Name Ihres Hausarztes: _____

Wie haben Sie von uns erfahren? _____

Kostenträger

- ☐ Privat
- ☐ Sozialamt/EL Welche: _____
- ☐ Krankenkasse/Versicherung Welche: _____

Viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Durch das Ausfüllen dieses Fragebogens geben Sie uns wichtige Informationen über Ihren Gesundheitszustand und ermöglichen uns, die Behandlung individuell auf Sie abzustimmen.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Grund der Konsultation: _____

Sind/waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, weswegen? _____

Nehmen Sie zur Zeit regelmässig Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, worauf? _____

Reagieren Sie ungewöhnlich auf Spritzen? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Diabetes? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie eine Herzerkrankung? ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie unter Atemproblemen? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? ☐ ja ☐ nein

Bitte wenden

Haben Sie Nierenprobleme?	☐ ja	☐ nein
Haben Sie Magen- oder Darmprobleme?	☐ ja	☐ nein
Hatten Sie jemals Kieferhöhlenentzündungen?	☐ ja	☐ nein
Haben Sie Epilepsie?	☐ ja	☐ nein
Sind Sie Raucher?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja wie viel?		
Konsumieren Sie Drogen?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja welche?		
Sind Sie HIV-positiv oder an AIDS erkrankt?	☐ ja	☐ nein
Haben Sie oder hatten Sie Hepatitis (Gelbsucht)?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, welche?		
Haben Sie Osteoporose?	☐ ja	☐ nein
Haben Sie andere ernsthafte Krankheiten?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja welche?		
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	☐ ja	☐ nein
Haben Sie einen ärztlichen Ausweis/Pass	☐ ja	☐ nein
☐ antibiotische Abschröpfung ☐ Blutverdünnung ☐ Herzschrittmacher ☐ Gelenkersatz ☐ Organtransplantation		

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen oder Informationen mit meiner Ärztin/meinem Arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen, wie Versicherungen etc., ausgetauscht werden und dass die für die Rechnungsstellung, das Inkasso (Kosten bei Zahlungsverzug: Bearbeitungsgebühr (frühestens ab Tag 70 nach Rechnungsdatum, bei Übergabe an die Inkasso Med AG) abhängig von der Forderungshöhe, Maximalbetrag in CHF: 50 (bis 20); 70 (bis 50); 100 (bis 100); 120 (bis 150); 149 (bis 250); 195 (bis 500); 308 (bis 1'500); 448 (bis 3'000); 1'100 (bis 10'000); 1'510 (bis 20'000); 2'658 (bis 50'000); 6% der Forderung (ab 50'000).) und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden. Zum Zwecke der Bonitätsprüfung werden Ihre Personendaten an die Inkasso Med AG / Intrum AG weitergeleitet und können dort gespeichert werden. Weiter erkläre ich hiermit die Richtigkeit der angegebenen Daten.

Langendorf, den

Unterschrift: _____

Ich bin einverstanden, dass mir – falls notwendig – eine Lokalanästhesie gegeben wird (örtliche Betäubung). Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (anhaltendes Taubheitsgefühl, Kribbeln), die in aller Regel wieder verschwinden. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung bei aktiver Teilnahme am Strassenverkehr für mehrere Stunden ein erhöhtes Unfallrisiko besteht.

Langendorf, den

Unterschrift: _____