



Herzlich willkommen in unserer Praxis

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen genau durchzulesen und auszufüllen.

Name
Geburtsdatum
Adresse
Tel.
Mobil
Beruf

Vorname
<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Postleitzahl
Fax
@
Hausarzt
Grund des Besuches:

Medizinische Daten

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waren Sie in letzter Zeit krank, in ärztlicher Behandlung oder im Spital?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie jemals eine ernsthafte Erkrankung oder Operation? Wenn ja, welche?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf Medikamente oder Spritzen?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn Sie sich verletzen, bluten Sie lange?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiden Sie an Mundgeruch?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie in Vergangenheit oder haben Sie jetzt eine der folgenden Erkrankungen?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien? Besitzen Sie einen Allergiepass?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz- und/oder Kreislaufprobleme?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leber- oder Nierenerkrankungen?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankungen?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemwegs- oder Lungenerkrankungen?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma oder rheumatische Erkrankungen?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektiöse Erkrankungen? (z.B. HIV, Hepatitis, Gelbsucht, Tuberkulose etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiden Sie an sonst eine Erkrankung, die hier nicht aufgelistet ist?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nur für Frauen: Sind Sie in der Schwangerschaft oder Stillzeit?

Deklaration

Hiermit ermächtige ich die Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Adligenswil, medizinische Daten über mich zur Einsicht anzufordern. Ferner erteile ich mein Einverständnis, notwendige Daten für Rechnungsstellung, Inkasso und Buchhaltung an beauftragte Personen und Institutionen weiterzugeben. Bildliche Dokumentationsdaten während meiner Behandlung dürfen für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Datum

Unterschrift
