

# Zahnarztpraxis Lostorf

Dr. med. dent. Monika Bucheli-Bucher



## Herzlich willkommen

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie vor der ersten Behandlung die folgenden Fragen zu beantworten. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name:	Tel. Privat:
Vorname:	Tel. Natel: (Terminreminderung per SMS)
Strasse/Nr.:	Tel. Geschäft:
PLZ/Ort:	E-Mail:
Geburtsdatum:	AHV-Nr:
Hausarzt:	Beruf:
Arbeitgeber/Ort:	
Bei Kindern Name/Vorname des Vaters/der Mutter:	
Empfohlen/überwiesen durch:	
Wird die Rechnung von Dritten bezahlt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
>> Wenn ja von wem? (Sozialamt, AHV/IV-Zusatzleistungen...)	
Wünschen Sie die Rechnung per	<input type="radio"/> E-Mail <input type="radio"/> Brief
Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
>> Wenn ja warum?	
Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ab und zu

Ich erteile Ihnen mein Einverständnis die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die von Ihnen hierfür beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten.

Lostorf, den

Unterschrift:

Bitte wenden >>>

## Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand

Waren Sie während der letzten Jahre im Spital oder in ärztlicher Behandlung? >> Wenn ja wegen welcher Krankheit?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nehmen Sie zur Zeit regelmässig Medikamente ein? >> Wenn ja welche?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Leiden Sie unter einer Bluterkrankung: Blutungsneigung (Hämophilie)? Sind Sie antikoaguliert (Blutverdünnung)? >> Wenn ja welcher Quickwert? .....%	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein
Haben Sie Kreislaufstörungen: zu tiefen Blutdruck? zu hohen Blutdruck?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein
Leiden Sie unter Herzbeschwerden: Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe? Herzinfarkt/Angina pectoris? Herzschrittmacher?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein
Haben Sie Stoffwechselstörungen: Diabetes mellitus (Zuckererkrankung)? Schilddrüsenerkrankung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein
Haben Sie eine Allergie auf: Spritzen (Lokalanästhetika)? Medikamente? Asthma? Latex? Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein
Hatten / haben Sie: eine Kieferhöhlenentzündung oder einen Unfall im Kieferbereich? hormonelle Störungen? einen epileptischen Anfall? ein künstliches Gelenk (Hüfte, Knie, ...)? Osteoporose? eine Chemotherapie oder Bestrahlung? ein seelisches Leiden? Infektionserkrankungen (Tuberkulose, Hepatitis, HIV/AIDS) eine ernsthafte Erkrankung? >> Wenn ja welche?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein
Rauchen Sie?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nur für Patientinnen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? >> Wenn ja welcher Monat? Stillen Sie? Nehmen Sie orale Antikonzeptiva (Pille)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein
Bemerkungen:		

**Bitte melden Sie uns, falls sich während der Behandlung Änderungen in Ihrem Gesundheitszustand ergeben sollten.**