

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Strasse	PLZ / Ort
Telefon Privat	Telefon Geschäft
Natelnummer	E-Mail
Beruf	
Hausarzt	Krankenkasse / Ort

Fragen zu Ihrer Gesundheit

	Ja	Nein	Bemerkungen
Waren Sie in letzter Zeit krank, in ärztlicher Behandlung oder im Spital?			
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, bitte 2. Seite ausfüllen.			
Nehmen Sie Medikamente, die den Knochenstoffwechsel beeinflussen (antiresorptive Therapie)?			
Hatten Sie jemals eine ernsthafte Erkrankung oder Operation? Wenn ja, welche?			
Hatten Sie jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen, Medikamente oder Speisen?			
Konsumieren Sie Tabakprodukte?			
Für Frauen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?			
Leiden Sie an einer der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen			
Allergien oder Medikamentenunverträglichkeit?			
Herzerkrankungen?			
Zuckerkrankheit (Diabetes)?			
Leber- und Nierenerkrankungen?			
Magen- und Darmerkrankungen?			
Atemwegs- und Lungenerkrankungen?			
Infektionserkrankungen (z.B. Gelbsucht, HIV, Hepatitis, Tuberkulose)			
Leiden Sie an einer Erkrankung, die hier nicht aufgeführt wurde?			

Medikamente

Bitte schreiben Sie in der nachfolgenden Liste die Präparatenamen aller Medikamente, Nahrungsergänzungstoffe und sogenannten Naturheilmittel auf, die Sie gegenwärtig durch Fachpersonen oder selbst verordnet einnehmen. Fügen Sie zu jedem Präparat die aktuelle Dosierung und Häufigkeit der Anwendung auf.

Präparatenamen	Dosierung	Anwendungshäufigkeit

	Ja	Nein	Bemerkungen
Haben Sie Anspruch auf soziale Unterstützung? Sozialamt / Ergänzungsleistung / IV			

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?
Was ist der Grund Ihrer Konsultation?

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

Ebenso willige ich ein, dass mit Institutionen (Behörden / Versicherungen) und ärztlichen / zahnärztlichen Kollegen und zahntechnischen Laboren) personenbezogene Daten elektronisch ausgetauscht werden dürfen.

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Ärztin / meinem Arzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben.

Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen.

Datum	Unterschrift
--------------	---------------------