

# FLÜCKIGER ZAHNÄRZTE

Name	Vorname
Geburtsdatum	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Strasse	PLZ / Ort
Telefon privat	Telefon Geschäft
Natellnummer	Email
Beruf	
Hausarzt	Krankenkasse / Ort
<p>Patientenerklärung: 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 personenbezogene Daten elektronisch ausgetauscht werden dürfen. Auch bin ich mir bewusst, dass nicht rechtzeitig abgemeldete Termine verrechnet werden können. Termine müssen 48 Stunden vor dem geplanten Termin abgemeldet werden.</p>	
Datum	Unterschrift

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

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 Beiblatt ausfüllen			
Nehmen Sie Medikamente die den Knochenstoffwechsel beeinflussen (antiresorptive Therapie)?			
Nehmen Sie Blutverdünner?			
Hatten Sie jemals eine ernsthafte Erkrankung oder Operation? Wenn ja, welche?			
Hatten Sie jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen, Medikamente oder Speisen?			
Leiden Sie an einer der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen?			
Allergien?			
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?			
Für Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?			
Haben Sie Anspruch auf soziale Unterstützung? (Sozialamt / Ergänzungsleistung / IV)			