

Um Sie individuell, angemessen und risikofrei betreuen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

PERSONALIEN

Name/ Vorname	Geburtsdatum
Wohnadresse	PLZ/ Ort
Tel. Privat	Handy-Nr.
Beruf	E-Mail
Bei Kindern: Name Mutter/ Vater	
Hausarzt	
Gesetzlicher Vertreter	
Wer trägt die Kosten? <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Ausgleichskasse <input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/> andere	
Möchten Sie Rechnungen per <input type="checkbox"/> Post oder per <input type="checkbox"/> E-Mail erhalten?	

ANAMNESE

Waren Sie in den letzten 6 Monaten im Spital oder ambulant in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, warum?	
Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmässig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche (Namen, Dosierung, Anzahl pro Tag)?	
Nehmen Sie Antikoagulantien (Medikamente zur Blutverdünnung) oder neigen Sie zu Blutungen?	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben oder hatten Sie eine Therapie mit Bisphosphonaten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche Darreichungsform	<input type="checkbox"/> oral als Tabletten <input type="checkbox"/> als Infusion

Bitte wenden →

Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler? ja
 nein

Haben Sie künstliche Herzklappen oder Gelenksprothesen? ja
 nein

Ist Ihr Blutdruck erhöht/ zu tief? ja nein

Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie etc.) auf Spritzen, Medikamente, zahnärztliche Materialien etc.? ja nein

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten? ja nein

Asthma oder Lungenbeschwerden

Epileptische Anfälle

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

Angina pectoris oder Herzinfarkt

Hals-, Nasen- oder Ohrenkrankheiten

Wurden Sie im Rahmen einer Krebsbehandlung im Kiefer-/ Gesichtsbereich bestrahlt? ja nein

Hatten Sie je oder haben Sie Gelbsucht (Hepatitis A,B,C) oder eine andere Infektionskrankheit (HIV-pos., Tuberkulose etc.)? ja
 nein

Hatten Sie je oder haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung? ja
 nein

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Konsumieren Sie Drogen? ja nein

Für Patientinnen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? ja
 nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in / Bevollmächtigter