

# Anmeldeformular

Für eine optimale Betreuung und Behandlung, bitten wir Sie dieses Formular in Ruhe auszufüllen.

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Tel. Privat \_\_\_\_\_  
Tel. Geschäft \_\_\_\_\_  
Natel \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
Hausarzt \_\_\_\_\_  
Krankenversicherung \_\_\_\_\_

- Sind Sie Fürsorge-, Sozialhilfeempfänger oder  
 haben Sie Anspruch auf Ergänzungsleistungen zur AHV/IV?

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? \_\_\_\_\_

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Ihr Hauptanliegen:

- Zahnschmerzen  
 Zahnfleischbluten  
 Unfall  
 Häufige Kopf- oder Nackenschmerzen  
 \_\_\_\_\_

Ich möchte beraten werden über

- Kariesvermeidung (Prophylaxe)  
 Zahnersatz  
 Kunststoff-/keramische Füllung  
 \_\_\_\_\_

Fragen zu Ihrer Gesundheit:

- Waren Sie in den letzten 3 Monaten im Spital oder in ambulanter ärztlicher Behandlung?  
 Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_  
 Nehmen Sie in den letzten Wochen regelmässig Medikamente ein?  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Haben Sie im letzten Jahr ein künstliches Gelenk bekommen?  
 Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel oder neigen Sie zu Blutungen?  
 Haben Sie hohen Blutdruck?  
 Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen, Medikamente oder Materialien?

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

- Asthma oder Allergien  
 Diabetes/Zuckerkrankheit  
 Epileptische Anfälle  
 Magen oder Darmgeschwür  
 Rheuma  
 Gelbsucht/Hepatitis  
 AIDS  
 Tuberkulose (TBC)  
 Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_  
 Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

**Wir bitten Sie uns Änderungen umgehend mitzuteilen.**

Der Kunde entbindet den behandelnden Arzt für die Geltendmachung seiner Honorarforderung vom Arztgeheimnis.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_