

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 _____