

Name des Patienten	Vorname
Strasse	geb. am
PLZ / Ort	Telefon privat
ggf. Untermieter bei bzw. c/o	Tel. Geschäft
Arbeitgeber	Natel / Handy

Für Ihre Behandlung benötige ich einige Angaben. Haben Sie oder hatten Sie (ggf. ankreuzen):

- | | | | |
|--|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> niedrigen Blutdruck | <input type="checkbox"/> hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> Hepatitis (Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> HIV (AIDS) |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> TBC |
| | | | <input type="checkbox"/> Rheuma |

Medikamenten-Überempfindlichkeit gegen :

Allergien gegen :

sonstige Erkrankung(en) :

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein :

Wann sind Ihre Zähne zuletzt geröntgt worden :

Wer ist Ihr bisheriger Zahnarzt :

Wer ist Ihr Hausarzt :

empfohlen durch :

- | | JA | NEIN | ? | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (..... . Monat) |
| Behandlung mit örtlicher Betäubung erwünscht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Behandlung mit Gummihandschuhen erwünscht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Erhalten Sie Ergänzungsleistungen/Hilfe vom Sozialdienst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

Wünschen Sie eine besondere Beratung über

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ihr persönliches Kariesrisiko? | <input type="checkbox"/> Ihren persönlichen Mundhygienestand? |
| <input type="checkbox"/> Fissurenversiegelung? | <input type="checkbox"/> Ihren Zahnfleisch-Zustand? |
| <input type="checkbox"/> Amalgam-Alternativen? | <input type="checkbox"/> Zähne aufhellen ("bleichen")? |

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben. Ausserdem erkläre ich mich einverstanden,

- dass die Angaben ggf. elektronisch gespeichert werden, aber dem Datenschutz unterliegen,
- dass das Nichteinhalten von Terminen ohne vorherige Absage in Rechnung gestellt wird,
- dass wir über die Zahnärztekasse abrechnen, die dann den Zahlungseinzug weiter verfolgt.

x
Datum

x
Unterschrift