

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____	Wenn Sie nicht selbstversichert sind (z.Bsp. Kinder), wer ist Versicherungsnehmer? _____
Vorname: _____	
Geburtsdatum: _____	Name: _____
Adresse: _____	Vorname: _____
	Geburtsdatum: _____
Tel. Privat: _____	Adresse: _____
Tel. Handy: _____	
Tel. Arbeitsplatz: _____	Krankenkasse: _____
E-Mail Adresse: _____	

Wer hat uns empfohlen? _____

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen in Ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Haben Sie eine Allergie?	O ja / O nein
Wenn ja, welche? _____	
Haben Sie einen Herzfehler?	O ja / O nein
Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?	O ja / O nein
Haben Sie Bluthochdruck?	O ja / O nein
Leiden Sie an Epillepsie (Anfallsleiden)?	O ja / O nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufferkrankung?	O ja / O nein
Sind Sie HIV positiv?	O ja / O nein
Haben Sie Hepatitis B oder C?	O ja / O nein
Leiden Sie an der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit?	O ja / O nein
Haben Sie Diabetes?	O ja / O nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	O ja / O nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	O ja / O nein
Leiden Sie unter Migräne?	O ja / O nein
Haben Sie grünen Star?	O ja / O nein
Haben Sie Asthma?	O ja / O nein
Sind Sie Raucher?	O ja / O nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? ____Woche	O ja / O nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	O ja / O nein
Wenn ja, welche? _____	

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?	O ja / O nein	Haben Sie Geräusche oder Schmerzen	
Blutet Ihr Zahnfleisch?	O ja / O nein	im Kiefergelenk?	O ja / O nein
Wann fand die letzte Röntgenuntersuchung statt? _____			

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift
(Seite 1)

Ich bin damit einverstanden, dass mir - falls notwendig - eine Lokalanästhesie gegeben wird (örtliche Betäubung). Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (Taubheitsgefühl, Kribbeln). Die Irritationen verschwinden in aller Regel wieder. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung die aktive Teilnahme am Strassenverkehr für mehrere Stunden mit einem erhöhten Unfallrisiko einhergehen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Einwilligung zur personenbezogenen Datenverarbeitung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten und Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke zwecks allenfalls notwendigen Abklärungen oder Informationen mit meiner/m Hauszahnärztin/arzt, meiner/m Hausärztin/arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen ausgetauscht werden dürfen, und dass für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendige Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden dürfen.
Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Ort, Datum

Unterschrift