

ANMELDEFORMULAR PATIENT/IN



PERSÖNLICHE INFORMATION

BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht	AHV-Nummer (auf Krankenkassenkarte)	
Strasse, Nr.		PLZ	Ort
Handy	Telefon	Mail-Adresse	
Nationalität		Zivilstand	
Arbeitgeber		Beruf	
		Telefon Arbeitgeber	
Kontaktperson /gesetzliche Vertreter		Telefon Kontaktperson	Mobil Kontaktperson
Hausarzt (Adresse)			
Allergien / Unverträglichkeiten			
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?			
<input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Verwandte <input type="checkbox"/> Bekannte <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Social Media			
<input type="checkbox"/> Mundpropaganda <input type="checkbox"/> Praxis war mir bereits bekannt			

VERSICHERUNG

Krankenkasse	Ort/Agentur	Mitglied-Nr.
--------------	-------------	--------------

GESUNDHEITSFRAGEN

Um Sie individuell zu betreuen und allfällige Medikamente zu Ihrem Schutz richtig anzuwenden, benötigen wir einige Angaben über Ihre Gesundheit. Alle Ihre Angaben unterstehen selbstverständlich dem Arztgeheimnis.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

1. Waren Sie in den letzten 3 Monaten im Spital oder in ärztlicher Behandlung?

JA NEIN

Falls ja, weshalb?

2. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?

JA NEIN

Falls ja, weshalb?

SIEHE RÜCKSEITE →

3. Ist Ihr Blut verdünnt oder neigen Sie zu langem Bluten?

JA NEIN

4. Leiden Sie an einem Herzfehler oder einer Herzerkrankung?

JA NEIN

5. Ist Ihr Blutdruck erhöht?

JA NEIN

6. Hatten/haben Sie folgende Krankheiten?

- Asthma oder Heuschnupfen

JA NEIN

- Zucker bzw. Diabetes

JA NEIN

- Epilepsie

JA NEIN

- häufig Kopfschmerzen

JA NEIN

- Magen- oder Darmprobleme

JA NEIN

- Rheumatismus oder Arthrose/Arthritis

JA NEIN

7. Wurden Sie jemals strahlentherapiert?

JA NEIN

8. Hatten oder haben Sie Gelbsucht (Hepatitis) oder eine andere schwere Infektionskrankheit? (AIDS, Tuberkulose usw.)

JA NEIN

9. **Patientinnen:** Sind Sie schwanger?

JA NEIN

10. Müssen Sie abschirmen, d.h. Antibiotika nehmen vor ärztlichen oder zahnärztlichen Eingriffen?

JA NEIN

11. Werden Sie vom Sozialamt unterstützt oder beziehen Sie Ergänzungsleistungen?

JA NEIN

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die ZAHNARZTPRAXIS PALATTY zu.

Datum:

Unterschrift Patient/in: