

## Personalien- und Gesundheitsfragebogen

NAME	
VORNAME	
ELTERN	
STRASSE / NR.	
PLZ / ORT	
TELEFON PRIVAT	
TELEFON ARBEIT	
MOBILE	
BERUF	
GEBURTSDATUM	
HAUSARZT	Dr. <span style="float: right;">Praxis in</span>
VERSICHERUNG	<span style="float: right;">Nummer</span>
ÜBERWIESEN VON	<span style="float: right;">aus</span>
IHR ANLIEGEN	

Der Zustand Ihrer Gesundheit kann Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Dieser Fragebogen wird Ihrer Patientenkarte beigelegt.

Bitte unterzeichnen Sie zuunterst auf der Rückseite. Geben Sie uns Änderungen von Gesundheitszustand, Personalien, Adressen und Telefonnummern bitte umgehend bekannt.

Besten Dank für Ihre Mitarbeit!

**BITTE KREUZEN SIE FOLGENDE ANWORTEN AN:**

J A	NEIN	FRAGE / BEMERKUNG	
		Waren Sie in den in den letzten 6 Monaten im Spital oder in ärztlicher Behandlung? <b>Wenn JA, WARUM:</b>	
		Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? <b>Wenn JA, WELCHE:</b>	
		Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung oder neigen Sie zu Blutungen? <b>Wenn JA, letzter QUICK oder INR-WERT:</b>	
		Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen, Medikamente oder sind Allergien bekannt? <b>Wenn JA, WELCHE:</b>	
		Besteht bei Ihnen ein der folgenden Herzerkrankungen? <b>ENDOKARDITIS</b> <b>HERZKLAPPENFEHLER, KLAPPENERSATZ</b> <b>ANGINA PECTORIS, HERZINFARKT</b> <b>HERZSCHRITTMACHER</b> <b>BLUTDRUCKSTÖRUNG</b>	
		Haben Sie oder hatten Sie jemals? <b>ASTHMA</b> <b>DIABETES</b> <b>SCHILDDRÜSENERKRANKUNGEN</b> <b>EPILEPTISCHE ANFÄLLE</b> <b>RHEUMA / POLYARTHRITIS</b> <b>HALS- NASEN- OHRENKRANKHEITEN</b> <b>BESTRAHLUNGEN IM KOPFBEREICH</b>	
		Haben Sie oder hatten Sie jemals? <b>HEPATITIS / GELBSUCHT</b> <b>HIV</b> <b>TUBERKULOSE</b>	
		Haben Sie oder hatten Sie jemals eine andere schwere Erkrankung? <b>Wenn JA, WELCHE:</b>	
		Für Frauen: Besteht oder vermuten Sie zurzeit eine Schwangerschaft? <b>Wenn JA, IN WELCHER WOCHE:</b>	
		<b>BEMERKUNGEN:</b>	
		<b>DATUM:</b>	
		<b>UNTERSCHRIFT:</b>	