

Herzlich Willkommen!

AUFNAHMEFORMULAR / GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

0 Herr 0 Frau 0 Kind

Name..... Vorname.....
 Strasse..... Geb. Datum.....
 PLZ..... Ort..... Tel.P.:...../
 Beruf..... Tel.G.:...../
 Arbeitgeber..... Handy:...../
 Hausarzt..... E-Mail:.....

bei Kinder gesetzl. Vertreter:.....

Meine Praxis wurde empfohlen durch.....

Infolge Inkraftsetzung des Datenschutzgesetzes des Bundes (DSG) per 1. Juli 1993, sehe ich mich gezwungen bei ihnen folgende Erklärung einzuholen:

Ich erteile hiermit bis zu meinem schriftlich eingereichten Widerruf mein Einverständnis, für die Rechnungsstellung, die Buchhaltung und das Inkasso notwendige Daten an hierfür beauftragte Personen oder Institutionen weiterzuleiten.

FRAGEN ZUM ALLGEMEINEN GESUNDHEITZUSTAND

Viele Menschen sind krank. Das kann auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitte ich Sie um Ausfüllung dieses Fragebogens. Er wird Ihrer persönlichen Karteikarte beigelegt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschliesslich dazu, meine Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben.

	Ja	Nein
Waren sie in den letzten 12 Monaten im Spital/ ärztlicher Behandlung? Grund?.....	0	0
Nehmen Sie häufig oder regelmässig Medikamente ein? Welche?.....	0	0
Sind Sie antikoaguliert? → (Blutverdünnung, langes Bluten)	0	0
Hatten oder haben sie: Allergische Reaktionen (Spritzen, Medikamente)	0	0
Asthma?	0	0
Herz- Kreislaufstörungen? Herzschrittmacher?	0	0
Blutkrankheiten?	0	0
Diabetes (Zuckerkrankheit)?	0	0
Gelbsucht (Hepatitis)?	0	0
Ansteckende oder ernsthafte Erkrankungen?	0	0
Sind Sie Raucher?	0	0
Sind sie eventuell HIV positiv?	0	0
Für Patientinnen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	0	0
Sind sie IV-Bezüger/in?	0	0
Wünschen sie in regelmässigen Abständen von uns aufgeboten zu werden?	0	0
Wünschen sie unsere Korrespondenz über Mail? (Rechnung, Jahreskontrollen)	0	0

Datum:..... Unterschrift des Patienten:.....