



## ZAHNARZT IM GLATT

# HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon Privat \_\_\_\_\_ Telefon Geschäft \_\_\_\_\_  
Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Bei Kindern: Name der Mutter / des Vaters \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

### Allgemeinmedizinische Anamnese

Gewisse Allgemeinerkrankungen bedingen Vorsichtsmassnahmen bei der zahnärztlichen Behandlung. Wir bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen vollständig und korrekt auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Wegen welcher Krankheiten werden oder wurden Sie behandelt?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herz- oder Kreislauferkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besitzen Sie einen Allergiepass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt, wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Überempfindlichkeit gegen Latex, Metalle etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberentzündungen / Gelbsucht (Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chron. Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aids, HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungsneigungen (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems?		
Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____		
Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen: _____		
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? _____		
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darmerkrankungen (Ulcus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie schwanger? (Welcher Monat _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie mit Ihrem «Lächeln» zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epileptiforme Anfälle / Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Was möchten Sie an Ihren Zähnen ändern?		
Asthma, Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stellung der Zähne <input type="checkbox"/> Zahnfarbe <input type="checkbox"/> Form der Zähne		
Unverträglichkeit von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Hausarzt, behandelnder Arzt \_\_\_\_\_

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die vom Zahnarzt hierfür beauftragten Personen und Institutionen weitergeleitet werden.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_