

ANMELDEFORMULAR / ANAMNESEBOGEN

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Adresse: PLZ / Ort: Beruf:

Tel. P: Tel. G: Mobile:

E-Mail Adresse:@..... Name und Anschrift des Hausarztes:

Zahnzusatz-Versicherung: Selbstzahler Drittzahler IV/SVA Sozialamt Ort:.....

Bei Kindern: Name des gesetzlichen Vertreters Komme auf Empfehlung von:

Haben Sie spezielle Anliegen:

		Zutreffendes bitte ankreuzen:		JA	NEIN
1.	Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Waren Sie innerhalb der letzten Jahre im Spital?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? <i>Wenn ja, welche?</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Nehmen Sie regelmässig Medikamente zur Blutverdünnung ein? <i>Wenn ja, welche?</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Besitzen Sie einen Endokarditispass?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Erkrankungen:	JA	NEIN	JA	NEIN
	Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Glaukom (grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Hepatitis (Gelbsucht) A, B oder C			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzfehler / Herzleiden			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HIV-Infektion/AIDS			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magen-/Darmbeschwerden			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rheumatismus			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tumorleiden (Krebs)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bluterkrankungen (z.B. Blutungsneigung)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenprobleme			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Hatten oder haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Sind Sie Raucher/-in?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (z.B. Hautausschlag, Kreislaufprobleme) während / nach einer Spritze, auf zahnärztliche Materialien oder Medikamente? <i>Wenn ja, welche?</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? <i>Wenn ja, in welchem Monat?</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich entbinde die Zahnärztin von der Schweigepflicht zur Geltendmachung ihrer Honorarforderungen und nehme zur Kenntnis, dass ab der 3. Mahnung eine Mahngebühr von Fr. 100.- erhoben wird.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Auskünfte wahrheitsgetreu sind. Über Veränderungen meines Gesundheitszustandes und der Medikamenteneinnahme werde ich Sie vor jedem Termin unterrichten.

Datum: Unterschrift: