

Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Erziehungsberechtigter (bei Kindern)

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon P.

Telefon G.

Telefon Mobil

Telefon Angehörige

Name

E-Mail

Beruf

Zuweisender Zahnarzt / Arzt

Dr.

Ort

Hausarzt

Dr.

Ort

Zahnarzt

Dr.

Ort

Weitere behandelnde Ärzte

Dr.

Ort

Dr.

Ort

Kostenträger

Krankenkasse Grundversicherung

Zusatzversicherungen

Spital Privat Spital Halbprivat Spital allg. ganze CH Zahnzusatz andere:

IV

Unfallversicherung

Unfalldatum:

Selbstzahler

Gesundheitsfragebogen

	Ja	Nein
1. Waren Sie in den letzten 3 Monaten im Spital oder ambulant in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, warum?		
2. Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmässig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
3. Nehmen Sie Blutverdünner oder neigen Sie zu verstärkten Blutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ist Ihr Blutdruck erhöht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Ohnmacht, Allergie etc.) auf Spritzen, Medikamente oder zahnärztliche Materialien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, auf welche Substanz?		
7. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten:		
- Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Häufige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Magen- oder Darmgeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rheumatismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hatten Sie je oder haben Sie Gelbsucht (Hepatitis) oder eine andere schwere Infektionskrankheit (AIDS, Tuberkulose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel und seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hatten Sie je oder haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
11. Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Andere wichtige medizinische Infos:		

Ich erlaube die anonymisierte Verwendung der Befunde aus der Krankengeschichte für wissenschaftliche Zwecke. Ich erlaube die elektronische Übermittlung der Befunde aus der Krankengeschichte an die von mir bezeichneten Arztpersonen und zuständigen Versicherer.

Datum: _____ Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter _____

Bei gesetzlichem Vertreter: Name: _____ Vorname: _____