

PERSONALANGABEN

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Bei Kindern Name und Adresse des gesetzlichen Vertreters:
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Strasse:		
PLZ/Ort:		
Telefon privat:		
Telefon Geschäft:		
Mobiltelefon:		
E-Mail:		
Beruf:		Kostenträger: Selbstzahler <input type="checkbox"/> Krankenversicherung (KVG) <input type="checkbox"/> Unfallversicherung (UVG) <input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/> Asyl (ORS) <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen <input type="checkbox"/>
Arbeitgeber:		
Krankenkasse/Ort:		
Versicherungsnummer:		
Hausarzt:		

WIE SIND SIE ZU UNS GEKOMMEN?

<input type="checkbox"/> Empfehlung durch:
<input type="checkbox"/> Überweisung von Praxis:
<input type="checkbox"/> Notfallpatient aus anderer Praxis
<input type="checkbox"/> eigenständig durch: <input type="checkbox"/> Internet/Homepage <input type="checkbox"/> anderer Grund:

HAUPTBESCHWERDEN

Bitte beschreiben Sie kurz Ihren Hauptgrund für eine Behandlung/Beratung bei uns:	
Leiden Sie momentan an Schmerzen im Mund-/Kopfbereich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja:	wo?
	seit wann?
	wurden die Schmerzen schon behandelt?

FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

ja nein

1. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Waren Sie je schwer krank und/oder in Spitalbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nehmen Sie zurzeit regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Reagieren Sie allergisch auf Spritzen, Medikamente oder Materialien? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Neigen Sie zu langen Blutungen oder nehmen Sie Blutverdünner (Antikoagulantien) ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Leiden Sie an hohem oder niedrigem Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Haben Sie künstliche Gelenke/Herzklappen oder transplantierte Organe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wurden Sie im Gesichtsbereich je operiert oder bestrahlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hatten Sie je einen Unfall im Bereich des Gesichtes oder Kopfes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Leiden oder litten Sie je an folgenden Erkrankungen oder Behinderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Erkrankungen der Atmungsorgane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Epileptische Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Magen-/Darmprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Hautausschläge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Gelenkbeschwerden, Rheumatismus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Infektionen (Tuberkulose, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten, HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Tumorerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) seelisches Leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Fallen Sie leicht in Ohnmacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Erbrechen Sie häufig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel und wie lange?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Konsumieren Sie regelmässig Alkohol oder leichte/harte Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Patientinnen: Sind Sie schwanger? Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie wünsche Sie Ihre Rechnungen/Recall-Erinnerungen?

per E-Mail

per Post

Hiermit bestätige ich, alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Ich bestätige, dass ich die **Datenschutzerklärung** der Praxis LEUTERT ZAHNÄRZTE gelesen, verstanden und akzeptiert habe.

Datum: _____

Unterschrift: _____