



MY DENTIST, Poststrasse 13, 4410 Liestal

Ihre Personalien:

Anrede: _____

Vorname: _____

Name: _____

Name ledig: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Gesetzl. Vertr: _____

Tel. privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Handy: _____

Email: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Hausarzt: _____

Patienten Nr.: _____

AHV Nr.: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnr.: _____

Gesundheitsfragen, Name:

Vorname:

1 Waren Sie während der letzten Jahre im Spital oder in ärztlicher Behandlung ?

O ja O nein Bemerkung:

2 Nahmen Sie in den letzten Wochen Irgendwelche Medikamente regelmässig ein?

O ja O nein Bemerkung:

3 Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?

O ja O nein Bemerkung:

4 Hatten Sie jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Injektionen, Speisen oder Medikamente?

O ja O nein Bemerkung:

Haben / hatten Sie:

5 Schwierigkeiten mit langem Bluten?

O ja O nein

6 Herz oder Kreislaufstörungen?

O ja O nein Bemerkung:

7 zu hohen oder zu tiefen Blutdruck?

O ja O nein Bemerkung:

8 Blutkrankheiten?

O ja O nein Bemerkung:

9 Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien?

O ja O nein Bemerkung:

10 Magen- oder Darmerkrankungen?

O ja O nein Bemerkung:

11 Zuckerkrankheiten, Diabetes?

O ja O nein Bemerkung:

12 schweres Rheuma?

O ja O nein Bemerkung:

13 Hepatitis A / B / C?

O ja O nein Bemerkung:

14 häufig Ohren- oder Kopfschmerzen?

O ja O nein Bemerkung:

15 Kiefergelenksgeräusche, -knacken, -schmerzen?

O ja O nein Bemerkung:

16 Unfälle im Bereich der Zähne / des Kopfes?

O ja O nein Bemerkung:

17 Entzündungen der Kiefer- und/oder Stirnhöhlen?

O ja O nein Bemerkung:

18 Entzündungen der Mundschleimhaut?

O ja O nein Bemerkung:

19 eine andere ernsthafte Erkrankung?

O ja O nein Bemerkung:

20 Zahn- oder Kieferfehlstellungskorrekturen?

O ja O nein Bemerkung:

21 Sind Sie Raucher?

O ja O nein Bemerkung:

22 Sind Sie HIV-positiv (AIDS)?

O ja O nein Bemerkung:

23 Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?

O ja O nein Bemerkung:

24 Ich erteile ihnen mein Einverständnis, für die Rechnungsstellung, dass Inkasso und die Buchführung notwendige Daten an die von Ihnen hierfür beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten.

x ja Bemerkung:

25 Ich erteile ihnen mein Einverständnis, Informationen bei meinem behandelnden Arzt einzuholen, wenn mein Krankheitszustand die zahnärztliche Behandlung beeinflussen kann.

x ja Bemerkung:

Liestal, den _____ Unterschrift _____