



## Herzlich Willkommen

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Adresse	Telefon Privat
PLZ, Ort	Telefon Geschäft
E-Mail	Telefon Mobile
Beruf	Arbeitgeber
Gesetzlicher Vertreter Name	Vertreter Adresse
Krankenkasse/Versicherung	Hausarzt, Ort
Kostenübernahme Drittstelle <input type="checkbox"/> Fürsorge-, Sozialhilfe <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen zur AHV/IV	
Wünsche Terminerinnerung <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Keine	
Empfohlen durch <input type="checkbox"/> Familie/Bekannte <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Inserat/Prospekt	Name:

## Gesundheitsfragen (Zutreffendes bitte ankreuzen. Alle Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis)

### Allgemeine Situation

- Allergien
- Asthma
- Herzerkrankung
- Nierenerkrankung
- Hoher/niedriger Blutdruck
- Blutgerinnungsstörung
- Infektionen: Gelbsucht/Tuberkulose/HIV
- Rheumatische Erkrankungen
- Epilepsie
- Für Frauen: Aktuelle Schwangerschaft
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Osteoporose
  - Wenn ja, erhalten Sie Tabletten oder Spritzen?
- Rauchen Sie
  - Anzahl/Tag  Was?
- Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung?  
Welche Medikamente nehmen Sie aktuell regelmässig ein?

### Mund-Situation

- Schmerzen
- Lockere Zähne
- Zahnfleischbluten
- Mundgeruch
  - Wenn ja, wünschen Sie eine Beratung/Behandlung?
- Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Gähnen, Kauen)
- Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt? Wenn ja, in welcher Praxis?

### Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

### Patientenerklärung

Mein Arzt ist ermächtigt, wo nötig medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern. Ich erteile Ihnen mein Einverständnis für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die von Ihnen hierfür beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten. Fotos und Röntgenbilder dürfen anonymisiert für Vorträge verwendet werden.

Ort/Datum

Unterschrift