

Herr Frau Kind gesetzl. Vertreter:
Adresse falls abweichend vom Patienten: _____

Name: _____ Vorname: _____
Strasse / Nr.: _____ PLZ / Wohnort: _____
Tel. privat: _____ Tel. Geschäft: _____
Natel: _____ Geburtsdatum: _____
AHV-Nummer: _____ Beruf: _____
E-Mail: _____ @ _____ Hausarzt: _____

Rechnungen per Mail: / keine Mail:

Neupatienten: Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? Internet / Telefonbuch / Bekannte / _____

Empfohlen durch: _____

Selbstzahler Sozialamt Ergänzungsleistungen zu AHV/IV andere Kostenträger

Nur bei Unfall: Versicherung / Krankenkasse und Versicherungsnummer: _____

Grund der Konsultation: _____ Zutreffendes ankreuzen:

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) Waren Sie im letzten Jahr im Spital oder ambulant in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, warum? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmässig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie etc.) auf Spritzen, Medikamente oder
zahnärztliche Materialien? Wenn ja welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel oder neigen Sie zu Blutungen? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Haben Sie künstliche Gelenke oder transplantierte Organe? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder nehmen Sie vorbeugende Medikamente: | | |
| - Osteoporose Medikamente? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Diabetes (Zuckerkrankheit) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Herzerkrankung _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - hoher / niedriger Blutdruck _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Asthma oder Heuschnupfen _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - epileptische Anfälle _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - häufige Kopfschmerzen _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Infektionen (Tuberkulose, Hepatitis, HIV) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gelenksbeschwerden _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Rheumatismus _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Magen- oder Verdauungsstörungen _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - seelische Leiden _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Hatten Sie je einen Unfall, eine Operation oder Bestrahlung im Bereich des Gesichts oder der Kiefer?
Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Hatten Sie je eine ernsthafte Erkrankung? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____ Seit wann? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Für Frauen | | |
| 10) Sind Sie schwanger? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) Nehmen Sie die Antibabypille? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Im Falle einer ärztlichen Überweisung dürfen dem zugewiesenen Arzt alle Daten übermittelt werden, die für diesen Zweck als geeignet erachtet werden. Im Falle einer Einholung von Kostengutsprachen, dürfen den Krankenkassen, Versicherungen oder Ämtern die geeigneten Daten übermittelt werden.

Im Zusammenhang mit IT-Support können Dritte Einsicht auf meine Daten erhalten.

Ich bin damit einverstanden, dass Sie im Falle meines Zahlungsverzugs die für das Inkasso notwendigen Daten an die zuständigen Betreibungs- und Konkursämter, Gerichtsinstanzen, Inkassobüro, sowie einen allenfalls von Ihnen hierfür beauftragten Rechtsanwalt weiterleiten.

Datum: _____ Unterschrift: _____