ZAHNARZT IM GLATT
DANIEL WINTER

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

Strasse, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Telefon Privat _____ Telefon Geschäft _____

Mobil _____ E-Mail _____

Bei Kindern: Name der Mutter / des Vaters _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Allgemeinmedizinische Anamnese

Gewisse Allgemeinerkrankungen bedingen Vorsichtsmassnahmen bei der zahnärztlichen Behandlung. Wir bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen vollständig und korrekt auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Wegen welcher Krankheiten werden oder wurden Sie behandelt?

	Ja	Nein
Herz- oder Kreislauferkrankung	☐	☐
Herzinfarkt, wenn ja, wann?	☐	☐
Herzschrittmacher	☐	☐
Zu hoher Blutdruck	☐	☐
Zu niedriger Blutdruck	☐	☐
Blutkrankheiten	☐	☐
Blutungsneigungen (Hämophilie)	☐	☐
Blutarmut (Anämie)	☐	☐
Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	☐	☐
Ohnmachtsanfälle	☐	☐
Zuckerkrankheit (Diabetes)	☐	☐
Magen-Darmerkrankungen (Ulcus)	☐	☐
Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐
Rheuma	☐	☐
Epileptiforme Anfälle / Krämpfe	☐	☐
Asthma, Heuschnupfen	☐	☐
Unverträglichkeit von Medikamenten	☐	☐

	Ja	Nein
Besitzen Sie einen Allergiepass	☐	☐
Überempfindlichkeit gegen Latex, Metalle etc.	☐	☐
Leberentzündungen / Gelbsucht (Hepatitis)	☐	☐
Tuberkulose	☐	☐
Chron. Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.	☐	☐
Aids, HIV	☐	☐
Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems?		
Wenn ja, welche? _____		
Sonstige Erkrankungen: _____		
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? _____		
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____	☐	☐
Sind oder waren Sie drogenabhängig?	☐	☐
Sind Sie schwanger? (Welcher Monat _____)	☐	☐
Sind Sie mit Ihrem «Lächeln» zufrieden?	☐	☐
Was möchten Sie an Ihren Zähnen ändern?		
☐ Stellung der Zähne ☐ Zahnfarbe ☐ Form der Zähne		

Hausarzt, behandelnder Arzt _____

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die vom Zahnarzt hierfür beauftragten Personen und Institutionen weitergeleitet werden.

Datum _____ Unterschrift _____