



Gesundheitsfragebogen

Name: Vorname: Geburtsdatum:
Strasse/Nr.: PLZ/Wohnort:
Tel. priv: Handy:
Bei Kindern: Name des gesetzl. Vertreters:
E-Mail: Beruf:
Arbeitgeber: Tel. Geschäft:

Bevorzugen Sie bestimmte Tage /Tageszeiten für Ihre Termine? Wenn ja, welche?
.....

Erfolgt bei Ihnen die Kostenübernahme durch eine der folgenden Institutionen?

- nein gesetzl. Vertreter:
 Sozialamt: Ergänzungsleistungen
 Krankenkasse: Invalidenversicherung

Hausarzt, Ort

Alle Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis

- Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
- Waren Sie in letzter Zeit im Spital? ja nein
- Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche?
- Erhalten Sie regelmässig Spritzen von Ihrem Arzt? ja nein
- Hatten Sie jemals ungewohnte Reaktionen auf Spritzen? ja nein
- Neigen Sie zu langen Blutungen? ja nein
- Nehmen Sie medikamentöse Blutverdünner? ja nein
- Leiden Sie an folgenden Krankheiten?
 - Diabetes (Zuckerkrankheit) – Typ? ja nein
 - Allergien? Haben Sie einen Allergiepass ja nein
 - Herz-Kreislauf-Störungen ja nein
 - Herzoperation / Herzfehler ja nein
 - Embolien, Thrombosen ja nein
 - Herzschrittmacher ja nein
 - Leber- und Nierenerkrankungen ja nein
 - Atemwegserkrankungen ja nein
 - Rheuma, chronische Krankheiten ja nein
 - Magen- und Darmprobleme ja nein
 - Künstliche Gelenke ja nein
 - Infektionskrankheiten ja nein
(besonders: HIV+, Hepatitis, AIDS, Tuberkulose)
 - Osteoporose ja nein
 - Andere, spezielle Krankheiten ja nein
- Rauchen Sie? Wenn ja: Wieviel & seit wann? ja nein
- Konsumieren Sie regelmässig Snus? Seit wann? ja nein
- Konsumieren Sie regelmässig Alkohol? ja nein
- Konsumieren Sie regelmässig Drogen? ja nein
- Zahnunfall – bei der Versicherung angemeldet? ja nein
- Schwangerschaft? ja nein

Patientenerklärung / Elternerklärung / Erklärung des gesetzlichen Vertreters:

Mein/e Arzt/Ärztin ist ermächtigt, medizinische Angaben zu meinem Gesundheitszustand zu machen und anzufordern.

Ich erteile hiermit mein Einverständnis zur Übermittlung der relevanten Daten über meine Person an meine Kranken-, Unfall oder Invalidenversicherung (oder eine andere zuständige Verrechnungsstelle) oder ein Inkassounternehmen, zur Abrechnung der Leistungen, welche die Zahnarztpraxis Dr. Hirt mir gegenüber erbracht hat. Ich nehme zur Kenntnis, dass ein versäumter Termin ohne Absage (mindestens 24h im Voraus, für Termine länger als 90min gilt eine Absagefrist von 72h) verrechnet wird.

Ort, Datum: Unterschrift: