

### A. Personalien

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Tel. (P): \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ Tel. (G): \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Bei Kindern Vorname und Beruf Vater / Mutter: \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name und Adresse): \_\_\_\_\_

Der/die Unterzeichnende erklärt sich damit einverstanden, dass der Zahnarzt im Fall einer Betreuung die hierfür erforderlichen Daten an das Betreibungsamt weitergeben darf.

### B. Fragen zum Gesundheitszustand

Es gibt Allgemeinerkrankungen, bei denen zahnärztliche Behandlungen mit einem gewissen Risiko verbunden sind. Dieses Risiko kann jedoch auf ein Minimum reduziert werden, wenn der Zahnarzt genau über den Gesundheitszustand des Patienten informiert ist. Mit der Beantwortung der folgenden Fragen helfen Sie uns, unangenehme Zwischenfälle bei der zahnärztlichen Behandlung zu vermeiden. Ihre Angaben unterstehen strikte dem Arztgeheimnis.

- |   | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Fühlen Sie sich im Moment völlig gesund?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Litten Sie jemals an einer ernsthaften Krankheit?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Suchten Sie im letzten Jahr Ihren Hausarzt oder einen anderen Arzt auf?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, warum? _____   |                          |                          |
| 4. Hatten Sie in den letzten 2 Jahren einen Spitalaufenthalt?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, warum? _____   |                          |                          |
| 5. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Rauchen Sie Zigaretten, Zigarren oder Pfeife?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Konsumieren Sie regelmässig Alkohol oder Drogen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Leiden Sie an Depressionen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hatten Sie jemals ungewöhnliche Reaktionen auf gewisse Medikamente oder Nahrungsmittel?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Leiden Sie an Allergien, Asthma oder Heuschnupfen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Sind Sie blutverdünnt (antikoaguliert)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Leiden oder litten Sie je an Herz- oder Kreislauferkrankungen?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Wurde bei Ihnen jemals ein Herzgeräusch festgestellt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Litten Sie jemals an rheumatischem Fieber?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ist Ihr Blutdruck normal?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Leiden Sie an Zuckerkrankheit (Diabetes)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Leiden oder litten Sie jemals an irgendeiner Blutkrankheit?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Haben Sie jemals eine schwere Infektionskrankheit durchgemacht (Gelbsucht, Tuberkulose etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Leiden Sie an einer übertragbaren Krankheit?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Werden Sie vom Sozialamt, IV, EL unterstützt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. <b>Für Frauen:</b> Sind Sie gegenwärtig schwanger?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_