



Personalien

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Zivilstand:

Erziehungsberechtigter
(bei Kindern):

Adresse:

PLZ / Wohnort:

Tel. Privat:

Tel. Geschäft:

Natel:

E-Mail:

Beruf:

Arbeitgeber:

Zuweisender Arzt/Zahnarzt: Dr.

Ort

Hausarzt: Dr.

Ort

Kostenträger:

- Krankenkasse:.....
- Selbstzahler:.....
- IV, Kanton:.....
- Unfallversicherung, welche:.....
Unfalldatum:.....

Versicherungsstatus:
(stationärer Aufenthalt)

- Allgemein
- Halbprivat
- Privat

- Ich bin mit der Zustellung meiner Abrechnungen sowie Abrechnungskopien via E-Mail einverstanden
 - Ich wünsche die Zustellung meiner Abrechnungen sowie Abrechnungskopien per Postversand



GESUNDHEITSFragebogen ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN

JA

NEIN

1. Waren Sie in den letzten 3 Monaten im Spital oder ambulant in ärztlicher Behandlung ?

Wenn ja, warum? _____

2. Nehmen Sie regelmässig Medikamente?

Wenn ja, welche? _____

3. Nehmen Sie Blutverdünner oder neigen Sie zu verstärkten Blutungen?

4. Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler?

5. Ist ihr Blutdruck erhöht?

6. Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie, Ohnmacht etc.) auf Spritzen, Medikamente, oder Zahnärztliche Materialien?

Wenn ja, auf welche Substanz? _____

7. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?

- Asthma

- Heuschnupfen

- Diabetes(Zuckerkrankheit)

- epileptische Anfälle

- häufige Kopfschmerzen

- Magen- oder Darmgeschwüre

- Rheumatismus

8. Hatten Sie je oder haben Sie Gelbsucht (Hepatitis) oder eine andere schwere Infektion?

9. Rauchen Sie?

10. Hatten Sie je oder haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung?

Wenn ja, welche?.....

11. Patientinnen: Sind Sie schwanger?

Datum:

Unterschrift:.....