

**Bitte füllen Sie den Fragebogen exakt aus. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne.**

Frau/Herr/Kind

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

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

Bei Kindern Name/Vorname Vater oder Mutter: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_ Geschäft: \_\_\_\_\_

Tel. Mobile: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

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

| Gesundheitsfragen | Ja | Nein |
|-------------------|----|------|
|-------------------|----|------|

|                                                                                                                   |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Erhalten Sie Unterstützung der <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistung? <input type="checkbox"/> Sozialhilfe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

|                                    |                          |                          |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Haben Sie Allergien? Welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

|                                                              |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Reagieren Sie überempfindlich auf Medikamente? Welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen oder Behandlungen:

- |                                  |                          |                          |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| – Kiefer-Stirnhöhlenentzündung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Rheuma, Gelenkschwellungen?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Diabetes Typ I/II              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Tuberkulose                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Chemotherapie/Tumorbestrahlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                | Ja                       | Nein                     |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Haben oder hatten Sie eine Hepatitis (Gelbsucht)? A/B/C        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie HIV-positiv?                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bluten Sie lange bei Verletzungen?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter Herz-Kreislaufkrankungen?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutdruckwert _____                                            |                          |                          |
| Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tragen Sie Gelenkprothesen, Herzschrittmacher oder Implantate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie andere Operationen? Welche? _____                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie regelmässig Medikament ein? Welche? _____           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Angst vor der bevorstehenden Behandlung?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Von wem wurden wir Ihnen empfohlen? _____                      |                          |                          |

Ich erkläre mich einverstanden, dass notwendige Daten an Dritte (Zahntechniker, Röntgeninstitute, behandelnde Ärzte/Spezialisten) weitergegeben werden.  
Bitte informieren Sie uns über Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes sowie über Änderungen der persönlichen Daten.

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