

ANMELDE-/GESUNDHEITSFRAGEBOGEN



SCHNEIDER ZAHNÄRZTE

Anrede	<input type="text"/>		
Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>	Strasse	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>
Tel. P	<input type="text"/>	Tel. G	<input type="text"/>
Natel	<input type="text"/>		
Eltern/Ges. Vertreter	<input type="text"/>		
Arbeitgeber	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Hausarzt	<input type="text"/>	Ort und Tel. Hausarzt	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>	Unfallversicherung	<input type="text"/>

Kostenträger: Privat Sozialhilfe-bezüger Ergänzungs-leistung IV Asylsuchend

Um Sie individuell zu betreuen und allfällige Medikamente zu Ihrem Schutz richtig anzuwenden, benötigen wir einige Angaben über Ihre Gesundheit. Alle Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Waren Sie in den letzten 3 Monaten im Spital oder in ärztlicher Behandlung? Falls ja, weshalb?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Falls ja, welche?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Ist Ihr Blut verdünnt oder neigen Sie zu langem Bluten?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sind Sie Raucher/In?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Konsumieren Sie Drogen?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leiden Sie an einem Herzfehler oder einer Herzerkrankung? Herzschrittmacher?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Ist Ihr Blutdruck erhöht?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

nächste Seite



Leiden Sie unter Allergien? Welche? Ja Nein

Wurden Sie jemals strahlentherapiert? Ja Nein

Müssen Sie abschirmen, d.h. Antibiotika nehmen vor ärztlichen oder zahnärztlichen Eingriffen? Ja Nein

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten:

Asthma oder Heuschnupfen? Ja Nein

Zucker bzw. Diabetes? Ja Nein

Epilepsie? Ja Nein

Infektionskrankheiten? (z.Bsp. HIV, Hepatitis, Tuberkulose) Ja Nein

Magen- oder Darmprobleme? Ja Nein

Rheumatismus oder Arthrose/Arthritis? Ja Nein

Künstliche Gelenke? (seit wann) Ja Nein

Andere Krankheiten? Ja Nein

Patientinnen: Sind Sie schwanger? Ja Nein

Für Neupatienten, wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:

Empfohlen durch:

überwiesen durch:

Internet

Ich erkläre mich hiermit mit folgenden allgemeinen Geschäftsbedingungen einverstanden:

Die Patientenakte wird von Schneider Zahnärzte aufbewahrt und den in ihren Räumlichkeiten behandelnden Zahnärzten und Hilfspersonen zur Verfügung gestellt sowie für Fakturierung und Inkasso verwendet.
Datenschutz: Es gilt die jeweils aktuelle, auf unserer Website publizierte Fassung.

Bei Zahlungsverzug und anderen Rechtsstreitigkeiten werden die dafür notwendigen Daten den zuständigen Behörden (z.B. Betreibungsämter, Gerichte) und Partnerfirmen (z.B. Versicherungen, Inkassofirmen) zugestellt.

Die Bonität des Patienten wird bei einer Wirtschaftsauskunft geprüft (zurzeit: HIN). Bei negativem Resultat wird Barzahlung verlangt.

Nicht eingehaltene Termine werden verrechnet, sofern sie nicht 24 Stunden im Voraus abgesagt werden.

Datum :

Unterschrift :