

Anmeldung und Gesundheitsfragebogen:

Name: _____ Geburtsdatum: _____
Vorname: _____ Tel. Privat: _____
Strasse, Nr.: _____ Tel. Geschäft: _____
PLZ, Wohnort: _____ Tel. Mobil: _____
Zivilstand: _____ Fax Privat: _____
Beruf: _____ email: _____
Arbeitgeber (Name, Ort): _____
Hausarzt / Ort: _____ empfohlen von: _____
Krankenkasse: _____ Unfallversicherung: _____

Wer kommt für die Behandlungskosten auf?	Patient <input type="checkbox"/>	Versicherung <input type="checkbox"/>	welche?
	Sozialamt <input type="checkbox"/>	EL/IV <input type="checkbox"/>	Gemeinde: _____

Beantworten Sie bitte auch die folgenden medizinisch wichtigen Fragen:

1. Waren Sie während der letzten zwei Jahre im **Krankenhaus** oder in **ärztlicher Behandlung**? falls ja, weshalb? wo? behandelnder **Arzt**? ja nein
2. Nahmen Sie in den letzten Wochen irgendwelche **Medikamente** ein? falls ja, **welche**? und wie häufig? ja nein
3. Stehen Sie gegenwärtig unter Antikoagulation (**Blutverdünnung**)? falls ja, **womit**? oder hatten Sie jemals Schwierigkeiten mit **langem Bluten**? falls ja, **wann** letztmals?
Marcoumar Aspirin andere: _____ ja nein
4. Hatten Sie jemals eine **ungewöhnliche Reaktion** auf **Spritzen** oder **Medikamente**? falls ja, wann letztmals? auf welche Medikamente reagieren Sie? ja nein
5. Leiden Sie zur Zeit oder litten Sie jemals an:
Herz- und Kreislaufstörungen? ja nein
Erkrankungen des **Blutsystems** oder einer **Immunsuppression** (Zutreffendes unterstreichen) ja nein
Gelbsucht (**Hepatitis**) oder **AIDS/HIV** (Zutreffendes unterstreichen) ja nein
Erkrankungen der **Atmungsorgane**? **Asthma**, **Heuschnupfen** oder andere **Allergien**? (Zutreffendes unterstreichen) ja nein
Stoffwechselstörungen wie **Schilddrüsenfehlfunktion**, **Osteoporose**? ja nein
Zuckerkrankheit/Diabetes? falls ja, müssen Sie **Insulin** spritzen? (Zutreffendes unterstreichen) ja nein
Andere? _____ ja nein
andere ernsthafte Erkrankungen? falls ja, welche _____ ja nein
6. Tragen Sie **Endoprothesen** (künstliche Gelenke /Osteosyntheseplatten / Implantate / andere) oder einen **Herzschrittmacher**? falls ja, bitte genauere Angaben: ja nein
7. **Rauchen** Sie? ja nein
falls ja, täglich < 10 Zigaretten > 10 Zigaretten
8. **für Frauen:**
Sind Sie zurzeit **schwanger**? falls ja, in welcher Woche? **Woche** ja nein

Datum: _____ **Unterschrift** _____

Ich bin mit der Zusendung von Terminkarten und Recall-Brief an obige Emailadresse einverstanden **nicht** einverstanden

Visum Zahnarzt: _____

Visum DA: _____

Bemerkungen: _____

Fragebogen letztmals ausgefüllt am: _____