

Frau	Herr		
Name:		Vorname:	
Name des gesetzlichen Vertreters:			
Geburtsdatum:		AHV-Nr:	
Strasse:		Mobile:	
Postleitzahl / Ort		Tel.P.:	
Zivilstand:		Tel.G.:	
Beruf:		E-Mail:	
Arbeitgeber:			

SelbstzahlerIn Sozialamt andere Kostenträger

Zutreffendes ankreuzen:
 JA NEIN

- 1) Waren Sie in den letzten 3 Monaten im Spital oder ambulant in ärztlicher Behandlung ?
 Wenn ja, warum? _____
- 2) Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmässig Medikamente ein ?
 Wenn ja, welche ? _____
- 3) Nehmen Sie Antikoagulantien oder neigen Sie zu Blutungen ?
- 4) Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler ?
- 5) Ist Ihr Blutdruck erhöht ?
- 6) Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie etc.) auf Spritzen, Medikamente oder zahnärztliche Materialien ?
- 7) Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten:
 - Asthma oder Heuschnupfen
 - Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
 - epileptische Anfälle
 - häufige Kopfschmerzen
 - Magen- oder Darmgeschwüre
 - Rheumatismus
- 8) Hatten Sie je oder haben Sie Gelbsucht (Hepatitis) oder eine andere schwere Infektionskrankheit (AIDS, Tuberkulose) ?
- 9) Hatten Sie je oder haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung ?
 Wenn ja, welche ? _____
- 10) Sind Sie schwanger ?
- 11) Sind Sie Raucher?
 Wenn ja, wieviele pro Tag ? _____

Der Patient / Die Patientin entbindet hiermit den behandelnden Arzt für die Geltendmachung seiner / ihrer Honorarforderung vom Arztgeheimnis. Ebenfalls ist ihm / ihr bewusst und er / sie ist einverstanden, dass EDV-Beauftragte in Ausnahmefällen zu Wartungszwecken Einsicht in seine / ihre Daten haben können. Sie unterstehen ebenfalls der Geheimhaltung.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____