

Der Gesundheitsfragebogen ist für eine risikofreie Behandlung von besonderer Bedeutung. Wir bitten Sie deshalb diese gewissenhaft auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unsicherheiten weisen Sie bitte den Zahnarzt darauf hin und besprechen Sie die Fragen am Anfang der Behandlung. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mailadresse \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

## WARUM SUCHEN SIE UNS AUF? WÜNSCHEN SIE EINE/N

Routinekontrolle  neuen Zahnersatz

Beratung  zweite Meinung

Schmerzbehandlung  andere Gründe

**GARANT:**  Selbstzahler  Sozialamt  SVA/EL  IV-Versicherung  Asylamt

## WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN:

Facebook  Google  Instagram  Empfehlung durch: \_\_\_\_\_

**HABEN SIE AKUTE SCHMERZEN**  JA  NEIN

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß/sauer
- manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündung am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

## ANGABEN ZU RÖNTGENAUFNAHMEN

Wann wurden die letzten Aufnahmen Ihrer Zähne oder des Kiefers angefertigt:

\_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**  JA  NEIN

wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_

## FÜR UNSERE PATIENTINNEN

Sind Sie schwanger?  JA  NEIN

wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

Auf der Rückseite finden Sie die Fragen zum Gesundheitszustand. Die Liste ist vollständig auszufüllen. Ohne die Beantwortung der Fragen ist eine Behandlung nicht möglich. Sollten Sie Probleme beim Ausfüllen der Fragen haben, dann unterstützen wir Sie gerne dabei. Wir bitten Änderungen vom Gesundheitszustand vor jedem Termin an der Rezeption oder dem Zahnarzt ohne Aufforderung mitzuteilen. Sehr wichtige Informationen sind: operative Eingriffe in den letzten 6 Monaten, Herzerkrankungen, Blutverdünner oder andere Änderungen bei dauerhaften Medikamenten. Für Frauen: Bitte beachten Sie bei der Einnahme der Orale Kontrazeptiva (Pille) eventuelle Nebenwirkungen, oder die Aufhebung der Wirkung bei der Einnahme mit Antibiotika.

## LEIDEN ODER LITTEN SIE AN DER ERKRANKUNGEN DES

- Herz- oder Kreislaufs  JA  NEIN
- Leber  JA  NEIN
- Niere  JA  NEIN
- Schilddrüse  JA  NEIN
- Magen-Darm-Trakt  JA  NEIN
- Gelenke (Rheuma / Gicht)  JA  NEIN
- Wirbelsäule  JA  NEIN

## HABEN ODER HATTEN SIE

- hohen Blutdruck  JA  NEIN
- niedrigen Blutdruck  JA  NEIN
- Diabetes  JA  NEIN
- Zahnfleischbluten  JA  NEIN
- Ohrensausen, Tinnitus  JA  NEIN
- Epilepsie  JA  NEIN
- Rheuma  JA  NEIN
- HIV (Aids)  JA  NEIN
- Hepatitis  JA  NEIN
- Allergien wenn ja wogegen  JA  NEIN

## ZU IHREM HERZEN: HABEN ODER HATTEN SIE EINE/N

- JA  NEIN Herzklappenentzündung
- JA  NEIN Herzschrittmacher
- JA  NEIN Angina Pectoris
- JA  NEIN Herzinfarkt
- JA  NEIN eine Operation (letzte 6 Monate)

## WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE

- Herzmedikamente  Blutverdünner (Marcumar, ASS)
- Schmerzmittel
- Cortison (Kortikoide)  Antidepressiva
- sonstige Medikamente

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?  JA  NEIN

Wenn ja gegen welche?

## FRAGEN / ANMERKUNGEN

### Datenschutz:

Ich erteile die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten sowohl an die rechnungsstellende Ärztekasse als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Mein Leistungserbringer ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern und in meinem Interesse auch weiterzuleiten. Überdies bin ich damit einverstanden, dass der/die Behandelnde meine Krankenakte auch in elektronischer Form führen darf oder führen lassen kann. Ich akzeptiere mit Unterzeichnung dieses Formulars eine allfällige Rechnungsstellung auf Papier oder elektronisch im Tiers Payant (Rechnung direkt an die Krankenkasse). Dritte erhalten nur Daten, welche keine Rückschlüsse auf die konkrete medizinische Behandlung ermöglichen.

### Zahlungsverzug:

Kommt der Patient seiner Zahlungspflicht innert der Zahlungsfrist nicht nach bzw. verzichtet er auf einen begründeten Einwand, so gerät er mit Ablauf dieser Frist ohne weitere Mahnung in Verzug. Der Leistungserbringer kann jederzeit Dritte für das Inkasso beziehen (frühestens 80 Tage nach Rechnungsstellung). Der Patient trägt die Kosten des Zahlungsverzugs.

### Kosten bei Zahlungsverzug:

Bearbeitungsgebühr (frühestens ab Tag 70 nach Rechnungsdatum, bei Übergabe an die Inkasso Med AG) abhängig von der Forderungshöhe, Maximalbetrag in CHF: 50 (bis 20); 70 (bis 50); 100 (bis 100); 120 (bis 150); 149 (bis 250); 195 (bis 500); 308 (bis 1'500); 448 (bis 3'000); 1'100 (bis 10'000); 1'510 (bis 20'000); 2'658 (bis 50'000); 6% der Forderung (ab 50'000).\*

Für die Gesunderhaltung Ihrer Zähne ist ein regelmässiger Zahnarztbesuch wichtig. Gerne übernehmen wir die regelmässige Erinnerung an einen anstehenden Kontroll- und Prophylaxe-Termine. Falls Sie das nicht wünschen, dann geben Sie dies bei der Anmeldung an. Bei Verhinderung müssen Termine mindestens 24h vorher abgesagt werden. Diese können sonst in Rechnung gestellt werden.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Unterschrift