



PRAXIS DR. SCHWAN
MODERNE ZAHNHEILKUNDE UND IMPLANTOLOGIE

PERSÖNLICHE BEHANDLUNGSDATEN

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen.

Patient/-in

Name	Vorname
Geburtstag	
Strasse	PLZ/Ort
Telefon privat	Telefon Geschäft
Mobil	E-Mail

Gesetzlicher Vertreter

Name	Vorname
Falls abweichend, Adresse	

Beruf

.....

SIND SIE FÜRSORGE-, SOZIALHILFEEMPFÄNGER? ja nein

HABEN SIE ANSPRUCH AUF ERGÄNZUNGSLEISTUNGEN ZUR AHV/IV? ja nein

Garant

Hausarzt

Name	Adresse
------	---------

Überweisender Arzt

Name	Adresse
------	---------

Kontak

Empfehlung

Name

Internet

Werbung

Telefonbuch

Damit wir bei der Behandlung auf eventuelle Krankheiten oder Beschwerden Rücksicht nehmen können, bitten wir Sie, die Fragen auf der Rückseite sorgfältig zu beantworten. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten sich Ihre persönlichen Behandlungsdaten ändern, bitten wir Sie, uns dies vor der Behandlung mitzuteilen.

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____ Letzte Einnahme? _____		
Haben Sie innerhalb der letzten 10 Tage Schmerzmedikamente eingenommen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____ Letzte Einnahme? _____		
Leiden Sie an einer angeborenen oder erworbenen Blutgerinnungsstörung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Besteht oder bestand bei Ihnen eine chronische Infektionskrankheit? (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose)? Wenn ja, welche? _____	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Besteht bei Ihnen eine Allergie oder Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Antibiotika, Latex oder lokale Betäubungsmittel?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Rauchen Sie?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____		
Leiden Sie an erhöhtem Blutdruck?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie bereits einen Herzinfarkt erlitten?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann? _____		
Leiden Sie an einer Herzerkrankung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Besteht bei Ihnen eine Zuckerkrankheit? (Diabetes mellitus)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Müssen Sie Insulin spritzen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Besteht bei Ihnen eine Augenerkrankung (grüner Star, Glaukom, grauer Star)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Für Frauen: Bestehen bei Ihnen Anzeichen einer Schwangerschaft?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche SSW? _____		
Liegen bei Ihnen irgendwelche bisher nicht genannte Erkrankungen vor?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Nehmen Sie im Rahmen einer Osteoporosetherapie oder Tumortherapie Bisphosphonate ein (z.B. Zometa, Actonel, Bondronat, Ostac, Bonafos)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Nacken- oder Rückenschmerzen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals Beschwerden im Kiefergelenk oder in der Ohrgegend?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie lockere oder empfindliche Zähne?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder beim Gebrauch von Zahnseide?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück oder werden die Zähne länger?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wann wurden Sie das letzte Mal an den Zähnen geröntgt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Wir sind stets bemüht, Sie termingerecht und pünktlich zu behandeln. Als Gegenleistung bitten wir Sie darum, Termine mindestens 2 Tage im Voraus abzusagen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Ihnen ansonsten entstandene Ausfallkosten in Rechnung gestellt werden können.

Datum / Unterschrift _____