



DentaSmile

DR. MED. DENT. ANDREA SCHRAMM

ZAHNMEDIZIN · KIEFERORTHOPÄDIE
ÄSTHETISCHE BEHANDLUNGEN

Herzlich Willkommen

Anrede:	_____	Vorname:	_____
Name:	_____	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Geburts-Datum:	_____	PLZ, Ort:	_____
Strasse:	_____	Tel G:	_____
Tel P:	_____	Email:	_____
Handy:	_____	Arbeitsgeber:	_____
Beruf:	_____	Versicherungsnr.:	_____
Versicherung/KK	_____		

Bei unmündigen Personen (Kinder, Mündel) gesetzlicher Vertreter (Eltern, Vormund):

Name:	_____	Vorname:	_____
Strasse:	_____	PLZ, Ort:	_____
Hausarzt:	_____	Strasse, PLZ, Ort:	_____

(Unfall- oder Zahnzusatzversicherung)

Kostenübernahme Drittstelle	<input type="checkbox"/>	Fürsorge, Sozialhilfe	<input type="checkbox"/>	Ergänzungsleistungen zur AHV/IV	<input type="checkbox"/>		
Wünsche Terminerinnerung	<input type="checkbox"/>	SMS	<input type="checkbox"/>	E-Mail	<input type="checkbox"/>	Keine	<input type="checkbox"/>
Empfohlen durch	<input type="checkbox"/>	Familie/Bekannte	<input type="checkbox"/>	Name:	_____		
	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	Inserat/Prospekt	<input type="checkbox"/>				

1. Gesundheitszustand

*Zutreffendes bitte ankreuzen. Alle Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis.

Allgemeine Situation

- Allergien
- Asthma
- Herzerkrankungen
- Nierenerkrankung
- Hoher/niedriger Blutdruck
- Blutgerinnungsstörung

Mund-Situation

- Schmerzen
- Lockere Zähne
- Zahnfleischbluten
- Mundgeruch
- Wenn ja, wünschen Sie eine Beratung/Behandlung?



DentaSmile

DR. MED. DENT. ANDREA SCHRAMM

ZAHNMEDIZIN · KIEFERORTHOPÄDIE
ÄSTHETISCHE BEHANDLUNGEN

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Infektionen: Gelbsucht/Tuberkulose/HIV | <input type="checkbox"/> Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt? |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Ich organisiere Ihnen die Bilder selber |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Bitte fordern Sie die Bilder für mich an Praxisadresse: |
| <input type="checkbox"/> Für Frauen: Aktuelle Schwangerschaft | <hr/> |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | |
| <input type="checkbox"/> Wenn Ja, erhalten Sie Tabletten oder Spritzen? | |

-
- Rauchen Sie?
Anzahl/Tag? _____ Was? _____
- Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung?
Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein?

Mein Arzt ist ermächtigt, wo nötig medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern. Ich erteile Ihnen mein Einverständnis für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die von Ihnen hierfür beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten. Fotos und Röntgenbilder dürfen anonymisiert für Vorträge verwendet werden. Ich verpflichte mich, allfällige Änderungen mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift