

Willkommen in unserer Praxis

Wir bitten Sie, uns die folgenden Fragen zu beantworten. Diese geben uns Aufschluss über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand und Ihre Bedürfnisse. Die Antworten sind für eine erfolgreiche und risikofreie Behandlung von grosser Bedeutung. Alle Angaben unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank.

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____

Handynummer: _____ Telefonnummer Festnetz: _____

Beruf: _____

Kostenträger: Selbstzahler Sozialhilfe Ergänzungsleistungen

Krankenkasse: _____ Hausarzt: _____

Grund der Konsultation:

Empfohlen von:

Wünschen Sie die Korrespondenz (Rechnungen/Kostenvoranschläge): per Post per Mail

Ihr Gesundheitszustand sowie die Einnahme von Medikamenten können einen Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb, die nachfolgenden Fragen wahrheitsgetreu auszufüllen.

	JA	NEIN
Waren Sie in den letzten 3 Monaten im Spital oder in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Wenn ja, welche?</i> _____		
Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel oder leiden Sie an einer Bluterkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an einer Herz-/ Kreislaufferkrankung (z.B. Endokarditis, Angina pectoris)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist Ihr Blutdruck erhöht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben oder hatten Sie jemals eine der aufgeführten Infektionskrankheiten?		
<i>Hepatitis (Wenn ja, welche?</i> _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>HIV</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Tuberkulose</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie etc.) auf Nahrungsmittel, Spritzen, Medikamente oder zahnärztliche Materialien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Wenn ja, welche?</i> _____		

Bitte füllen Sie auch die Fragen auf der Rückseite aus ->

	JA	NEIN
Mussten Sie sich einmal einer Bestrahlungstherapie und/oder Chemotherapie unterziehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tragen Sie Gelenkprothesen, Herzschrittmacher oder andere Implantate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter einer Stoffwechselerkrankung (z.B. Schilddrüsenerkrankung, Diabetes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an Epilepsie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine Leber- oder Nierenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Rheuma oder Osteoporose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie? <i>Wenn ja, wieviel?</i> _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder schlechtem Atem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knirschen Sie mit den Zähnen oder haben Sie Kiefergelenksprobleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie mit dem Erscheinungsbild Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Zahnarztangst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für Frauen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Einwilligung zur Datenverarbeitung / -übermittlung

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie das wahrheitsgetreue Ausfüllen dieses Fragebogens und erklären sich mit der Bearbeitung Ihrer Daten, dem Zugriff auf die Daten durch die Zahnärztin oder den Zahnarzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte (z.B. andere Ärzte, Versicherungen, Behörden, Dentallabore, Softwareanbietern, IT-Dienstleister, Finanzdienstleister und weitere) einverstanden. Weiter geben Sie Ihr Einverständnis, dass Sie den/die Behandler/in für die Geltendmachung seiner/ihrer Honorarforderung vom Arztgeheimnis befreien.

Sie sind einverstanden, dass die direkte Kommunikation zwischen der Zahnarztpraxis und Ihnen betreffend administrativen und zahnmedizinischen Anliegen in unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen kann. Sie sind sich der damit zusammenhängenden Risiken bewusst und verstehen, dass unverschlüsselte E-Mails nicht sicher sind und es Risiken gibt, dass solche E-Mails von unbefugten Dritten gelesen werden könnten.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die detaillierten Informationen zum Datenschutz bei Schütz Dental auf dem Informationsblatt «Patienteninformation zum Umgang mit Ihren Personendaten» (im Wartezimmer aufgehängt und der Praxis-Homepage abrufbar) zur Kenntnis genommen zu haben und dass Sie hiermit in die Verarbeitung/Übermittlung Ihrer Daten einwilligen.

Unser Taxpunktwert beträgt CHF 1.25.

Vereinbarte Termine sind verbindlich. Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, geben Sie uns bitte spätestens 24 Stunden vorher Bescheid. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine stellen wir in Rechnung.

Wir danken Ihnen für Ihre wertvolle Mitarbeit und Ihr Vertrauen!

Datum:

Unterschrift:
