



© Praxisteam Seuzach

**Praxisteam Seuzach Dres.med.dent. M. Vock MSc. & C. Rigassi Vock
Turnerstrasse 22, 8472 Seuzach, Tel. 052 / 335 16 16**

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie vor der ersten Behandlung um die Beantwortung der folgenden Fragen. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte in Blockschrift ausfüllen.

Name: _____ Vorname: _____

Bei Kindern Name / Vorname des Vaters / der Mutter: _____

Strasse: _____ PLZ / Ort: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____

Tel. Natel: _____ E-mail: _____
(bitte angeben, falls vorhanden!) (bitte angeben, falls vorhanden!)

Geb.-Datum: _____ Beruf: _____

Arbeitgeber/Arbeitsort: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____ AHV-Nr.: _____

Empfohlen / überwiesen durch: _____

- Sind Sie UVG (Unfall) versichert? Ja Nein
wenn Ja, wo? _____

- Grund der Konsultation: _____

- Haben Sie Angst vor der Behandlung? _____

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand

- Waren Sie während der letzten Jahre im Spital oder in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
wenn Ja, wegen welcher Krankheit? _____

- Nehmen Sie zur Zeit regelmässig Medikamente ein? Ja Nein
wenn Ja, welche? _____

- Leiden Sie unter einer Bluterkrankung:
 - Blutarmut Ja Nein
 - Blutungsneigung (Hämophilie) Ja Nein
 - Sind Sie antikoaguliert (Blutverdünnung)? Ja Nein

wenn Ja, jetziger Quickwert: _____%

- - Haben Sie Kreislaufstörungen:
 - Ohnmachtsanfälle Ja Nein
 - zu tiefer Blutdruck Ja Nein
 - zu hoher Blutdruck Ja Nein

- Leiden Sie unter Herzbeschwerden:
 - Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) Ja Nein
 - Herzklappenfehler, künstl. Herzklappe Ja Nein
 - Angina pectoris Ja Nein
 - Herzinfarkt Ja Nein
 - Herzschrittmacher Ja Nein
 - Haben Sie einen Endokarditisausweis? Ja Nein

- Haben Sie Stoffwechselstörungen:
 - Diabetes mellitus (Zuckererkrankung) Ja Nein
 - Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
 - Osteoporose Ja Nein

- Haben Sie eine Allergie auf:
 - Spritzen (Lokalanästhetika) Ja Nein
 - Medikamente (z.B. Aspirin, Jod, Eugenol, Penizillin etc.) Ja Nein
 - Asthma Ja Nein
 - Latex Ja Nein
 - Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

- Hatten/haben sie:
 - eine Kieferhöhlenentzündung Ja Nein
 - Rheuma, Gelenkschwellungen Ja Nein
 - Verdauungsstörungen Ja Nein
 - hormonelle Störungen Ja Nein
 - einen epileptischen Anfall Ja Nein
 - ein künstliches Gelenk (Hüfte, Knie etc.) Ja Nein
 - eine ernsthafte Erkrankung Ja Nein

wenn Ja, welche? _____

- Haben oder hatten Sie jemals Hepatitis (Gelbsucht)? Ja Nein

- Haben Sie einen HIV-Test durchgeführt? Ja Nein
 wenn Ja, wann? _____ Ergebnis: pos. neg.

- Rauchen Sie? Ja Nein
 wenn Ja, wieviel? _____

Nur für Patientinnen:

- Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja Nein
 wenn Ja, in welcher Woche, Monat? _____
- Stillen Sie? Ja Nein
- Nehmen Sie orale Antikonzeptiva (Pille)? Ja Nein

Im Falle sich während der Behandlung Änderungen in Ihrem Gesundheitszustand ergeben würden, melden Sie diese bitte umgehend!

Der Unterzeichnete ist damit einverstanden, dass Fakturierung und Inkasso des zahnärztlichen Honorars – auch für zukünftige Behandlungen – durch die Zahnärztekasse AG, Wädenswil, erfolgen. Zu diesem Zwecke darf der Zahnarzt die jeweiligen erforderlichen Daten (insbesondere Namen, Geburtsdatum, Adresse, Behandlungsdatum, Leistungspositionen, Beträge, Befunde) an die Zahnärztekasse AG weitergeben und auch die betreffenden Honorarforderungen an sie abtreten. Die Zahnärztekasse AG ist ihrerseits berechtigt, zur Durchsetzung der abgetretenen Forderungen diese an die Debita AG, Pfäffikon/SZ, oder an ein anderes Inkassounternehmen, Rechtsanwälten, Betreibungsämtern und Gerichten zu verwenden bzw. zu offenbaren. Ausserdem bin ich damit einverstanden, dass alle zahntechnischen Arbeiten direkt vom Zahntechnischen Labor in Rechnung gestellt werden. Diese Erklärung gilt, bis ich sie schriftlich widerrufe.

Seuzach, den _____ Unterschrift: _____