



Zahnarztpraxis
Schröen

Dr. med. dent.
Ola Schröen
dipl. Zahnarzt
Mitglied SSO

Zeughausstrasse 8a | 8910 Affoltern am Albis
041 761 01 21 | www.praxis-schroeen.ch | info@zahn-doktor.ch

Anmeldeformular

Herr Frau Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Telefon Privat: _____

Handy: _____

Telefon Geschäft: _____

Email-Adresse: _____

Gesetzlicher Vertreter/-in: _____

Hausarzt, behandelnder Arzt: _____

Selbstzahler/-in Sozialamt/ Zusatzleistungen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die für die Rechnungsstellung und das Inkasso notwendigen Patientendaten sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution weitergeleitet werden dürfen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Gesundheitsfragebogen für _____

Bitte kreuzen Sie die entsprechende Antwort an:

Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis und werden streng vertraulich behandelt.

	Ja	Nein
1. Waren Sie in den letzten 3 Monaten im Spital oder ambulant in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, aufgrund welcher Krankheit? _____	0	0
2. Nehmen Sie zur Zeit regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	0	0
3. Nehmen Sie Blutverdünner oder neigen Sie zu Blutungen?	0	0
4. Haben oder hatten Sie Hepatitis? (Gelbsucht)	0	0
5. Sind Sie HIV positiv ?	0	0
6. Haben oder hatten Sie andere schwere Infektionen (z.Bsp. Tuberkulose)?	0	0
6. Reagieren Sie überempfindlich (allergisch) auf Nahrungsmittel, Medikamente(z.Bsp. Penicillin) oder Spritzen usw.?	0	0
7. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten		
-Herz-/Kreislaferkrankungen	0	0
Falls ja, welche? _____		
- Erkrankungen der Atemorgane	0	0
Falls ja, welche? _____		
-Zuckerkrankheit (Diabetes)	0	0
-Epilepsie	0	0
-Magen- oder Darmgeschwüre	0	0
-andere ernsthafte Erkrankungen	0	0
Falls ja, welche? _____		
9. Tragen Sie Gelenkprothesen oder Herzschrittmacher?	0	0
9. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____	0	0
10. Für Patientinnen: sind Sie schwanger?	0	0

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogen