



Urs Kelemen

eidg. dipl. Zahnarzt SSO

Herzlich Willkommen

Anmelde - und Gesundheitsbogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis zu begrüssen und bitten Sie, dieses Formular auszufüllen. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass wir die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung erforderlichen Daten an die von Ihnen beauftragten Personen und Institutionen weiterleiten.

Frau / Herr

Name:			Vorname:		
Beruf:			Geburtsdatum:		
Strasse:			Postleitzahl:	Wohnort:	
Telefon Privat:	Telefon Geschäft:		Handy:		
E-mail:	Eltern oder gesetzlicher Vertreter:		Empfohlen durch:		

	JA	NEIN
> Möchten Sie jährlich, oder nach Vereinbarung zur Zahnreinigung / Kontrolle aufgeboten werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Waren Sie während der letzten zwei Jahre im Spital oder in ärztlicher Behandlung? Wenn Ja, warum? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Nehmen Sie regelmässig irgendwelche Medikamente ein? Wenn Ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen, Medikamente oder zahnärztliche Materialien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Erhalten Sie Ergänzungs- oder sonstige Leistungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals:		
> Schwierigkeiten mit langem Bluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Epileptische Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Zuckerkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien? bitte unterstreichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Schweres Rheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Magen - oder Darmgeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Ist Ihr Blutdruck erhöht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Leiden Sie an Hepatitis (Gelbsucht) oder einer anderen schweren Infektionskrankheit (AIDS, Tuberkulose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Möchten Sie per SMS oder per Mail an Ihren Termin erinnert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Leiden Sie an schlechtem Atem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort und Datum:

Unterschrift: