

## PERSONALIEN

### PatientIn

☐ Frau    ☐ Herr

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon P: \_\_\_\_\_ Telefon G: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_ Ausländerausweis: ☐ B ☐ C ☐ L ☐ G ☐ N ☐ F ☐ C1 ☐ C2

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Name/Vorname des gesetzlichen Vertreters: \_\_\_\_\_

---

### Zahnärztin/Zahnarzt

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

### Hausärztin/Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

---

### Versicherungen

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_ AHV-Nummer: \_\_\_\_\_

☐ Unfallversicherung: \_\_\_\_\_☐ Zahnzusatzversicherung: \_\_\_\_\_☐ Selbstbezahler☐ anderer Kostenträger: ☐ Ergänzungsleistung   ☐ Sozialhilfe   ☐ AHV   ☐ IV

# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

|                                                                                                                                                       | Ja                       | Nein                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche?                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben oder hatten Sie eine Hepatitis (Gelbsucht/Leberentzündung)? <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sind Sie Träger des Humanen Immundefizienz-Virus (HIV)?                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Neigen Sie zu Allergien? Wenn ja, welche? Haben Sie einen Allergiepass?                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Neigen Sie zu langen Blutungen bei Verletzungen?                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Nehmen Sie medikamentöse Blutverdünner ein (INR)?                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufstörung, Herzfehler                                                                                           |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher                                                                                                            |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung                                                                                                             |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung                                                                                                       |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                                                                                                                |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                                                                                                                    |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall                                                                                                                 |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom)                                                                                                        |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Atemwegs-/Lungenerkrankungen                                                                                                 |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2                                                       |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose                                                                                                                  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Tumor-/Krebserkrankung                                                                                                       |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Rheuma                                                                                                                       |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Embolie/Thrombose                                                                                                            |                          |                          |
| 9. Leiden oder litten Sie an einer Krankheit, die hier nicht aufgeführt ist? Wenn ja, welche?                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Hatten Sie jemals medizinische Komplikationen bei einer zahnärztlichen Behandlung?                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Rauchen Sie?                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wie viel?                                                                                                                                    |                          |                          |
| Seit wann?                                                                                                                                            |                          |                          |
| 12. Trinken Sie regelmässig Alkohol?                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wie viel?                                                                                                                                    |                          |                          |
| 13. Konsumieren Sie andere Substanzen?                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wie viel?                                                                                                                                    |                          |                          |
| Seit wann?                                                                                                                                            |                          |                          |
| 14. Bei Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, in welchem Monat?                                                                                                                            |                          |                          |

## Einverständniserklärung

Somit erteile ich Ihnen die Erlaubnis:

- bei Bedarf über mich medizinische Akten zur Einsicht anzufordern und die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten der Verrechnungsstelle weiterzuleiten.
- dass die Daten in der Krankengeschichte in anonymisierter Form für Untersuchungen (u.a. Masterarbeiten und Dissertationen) verwendet und publiziert werden können.

Datum:

Unterschrift: