

## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

|                            |                          |
|----------------------------|--------------------------|
| Familienname               | Vorname                  |
| Straße, Nr.                | Postleitzahl, Ort        |
| eMail                      | Mobiltelefon             |
| Vers.-Nr. mit Geburtsdatum | Beruf                    |
| Identitätsnachweis         | Dienstgeber, Arbeitgeber |

### Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

|  |   |
|--|---|
| Welches Anliegen, welche Beschwerden führen Sie zu mir?                      |   |
| Wann waren Sie zuletzt in ärztlicher Behandlung?                             |   |
| Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?                                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hausarzt<br><input type="checkbox"/> Ich möchte meinen Hausarzt nicht nennen | Name des Hausarztes:<br>Postleitzahl, Ort:                |

### Zutreffendes bitte ankreuzen:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen         | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Leber                          |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher                | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Nieren                         |
| <input type="checkbox"/> Zustand nach Herzinfarkt         | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Kieferhöhle                    |
| <input type="checkbox"/> Leberentzündung (Hepatitis)      | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbulten                             |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose                      | <input type="checkbox"/> Zahnfleischrückgang                           |
| <input type="checkbox"/> HIV (Aids)                       | <input type="checkbox"/> Frauen: Schwangerschaft                       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)       | <input type="checkbox"/> andere Erkrankung                             |
| <input type="checkbox"/> Allergien, Medikamentenallergien | <input type="checkbox"/> regelmässige Medikamenteneinnahme,<br>welche: |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion         | _____  |
| <input type="checkbox"/> Mittel zur Blutverdünnung        | _____  |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung (Hämophilie)     | _____  |
| <input type="checkbox"/> Blutarmut (Anämie)               |  |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                        |  |
| <input type="checkbox"/> Hirnschlag (Apoplexie)           |  |

## Information bezüglich Privatleistungen:

Bitte beachten Sie, dass nicht alle in dieser Praxis angebotenen Leistungen von Ihrer Krankenkasse gedeckt sind. Eine Erstattung durch Ihre Krankenversicherung ist u.a. nicht gewährleistet bei

- Lokalanästhesie („*Spritze*“), ausser bei chirurgischen Eingriffen
- Prophylaxe (Mundhygiene, Zahnreinigung)
- zahnfarbene („*weiße*“) Füllungen im Seitenzahnbereich anstelle von Amalgam
- allfällige weitere Leistungen; bei hier nicht angeführten allfälligen ausservertraglichen Leistungen werden Sie vorab informiert und Ihr Einverständnis wird eingeholt

## Vorübergehende Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihnen bewusst ist, dass in Folge einer Lokalanästhesie eine vorübergehende Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens (z.B. im Straßenverkehr) auftreten kann.

## Grundsätzliches:

Ich werde jede Änderung meines Gesundheitszustandes und/oder Medikamenteneinnahme bei jedem Folgetermin bekanntgeben.

Die Kosten für ausservertragliche Leistungen, die nicht oder nur teilweise durch meine Gesundheitskasse ersetzt werden, trage ich selbst. Bei Versäumnis eines vereinbarten Termins trage ich die Kosten der Ausfallszeit, falls ich die Terminstornierung nicht mindestens 48 Stunden im Voraus mitteile.

Ich stimme zu, dass mich die Zahnarztpraxis telefonisch oder via eMail/SMS u.a. für Terminerinnerungen kontaktieren darf.

Ich habe dieses Formular sorgfältig gelesen und habe keine weiteren Fragen. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben und umseitig gegebenen Antworten.

|             |  |
|-------------|--|
| Lochau,     |  |
| Ort, Datum: | Unterschrift der Patientin/des Patienten |

