

Herr       Frau       Kind

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Strasse / Nr.:	<input type="text"/>	PLZ / Wohnort:	<input type="text"/>
Tel. privat:	<input type="text"/>	Tel. Geschäft:	<input type="text"/>
Natel:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>		
Gesetz. Vert.:	<input type="text"/>	Hausarzt:	<input type="text"/>
Empf. durch:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>
Krankenkasse:	<input type="text"/>	Versicherungsnummer:	<input type="text"/>

SelbstzahlerIn       Sozialamt       Ergänzungsleistungen zu AHV / IV       andere Kostenträger

Grund der Konsultation:

Zutreffendes ankreuzen:

	JA	NEIN
1) Waren Sie im letzten Jahr im Spital oder ambulant in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie etc.) auf Spritzen, Medikamente oder zahnärztliche Materialien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel oder neigen Sie zu Blutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Haben sie künstliche Gelenke oder transplantierte Organe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten:		
- Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hoher / niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Asthma oder Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- häufige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Infektionen (Tuberkulose, Hepatitis, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rheumatismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Magen- oder Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- seelische Leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Hatten Sie je einen Unfall, eine Operation oder Bestrahlung im Bereich des Gesichts oder der Kiefer? Wenn ja, welche? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Hatten Sie je eine ernsthafte Erkrankung? <input type="text"/>		
9) Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? Seit wann? <input type="text"/>		

**Für Frauen**

10) Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Nehmen Sie die Antibabypille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Im Falle einer ärztlichen Überweisung dürfen dem zugewiesenen Arzt alle Daten übermittelt werden, die für diesen Zweck als geeignet erachtet werden. Im Falle einer Einholung von Kostengutsprachen, dürfen den Krankenkassen, Versicherungen oder Ärtern die geeigneten Daten übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Sie im Falle meines Zahlungsverzugs die für das Inkasso notwendigen Daten an die zuständigen Betriebs- und Konkursämter, Gerichtsinstanzen sowie einen allenfalls von Ihnen hierfür beauftragten Rechtsanwalt weiterleiten.

Datum:       Unterschrift: