

Dr. ANTON FELLER

ZAHNARZT SSO

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Zahnarztpraxis in Biel-Benken begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, möchten wir Sie bitten, einige Angaben zu Ihrer Person zu machen. Auch allgemeine Erkrankungen können ernsthafte Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENTIN / PATIENT

Herr Frau

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ mobil _____ geschäftl. _____

Arbeitgeber* _____

Beruf* _____

GESETZLICHER VERTRETER

Herr Frau

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ mobil _____ geschäftl. _____

Arbeitgeber* _____

Beruf* _____

ZAHLUNGSWEISE

Ich bin Privatpatient Ich erhalte Unterstützung der Sozialhilfe der Asylleistungen der Ergänzungsleistungen

HAUSARZT

Name/Adresse _____

FRAGEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND (Bitte machen Sie nachfolgend möglichst genaue Angaben!)

Herz-/Kreislauf-/Gefässerkrankungen

Bluthochdruck _____ ja nein

Herzschrittmacher o. Defibrillator _____ ja nein Wenn ja, seit wann? _____

Künstliche o. rekonstruierte Herzklappen _____ ja nein Wenn ja, seit wann? _____

Endokarditis (Entzündung der Herzinnenhaut) _____ ja nein

Herzoperation _____ ja nein Wenn ja, wann u. welche? _____

Sonstige Herz-/Kreislauf-/Gefässerkrankungen _____ ja nein Wenn ja, welche? _____

Infektionserkrankungen

HIV/AIDS _____ ja nein

Hepatitis _____ ja nein Wenn ja, welche? _____

Tuberkulose _____ ja nein

MRSA _____ ja nein

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit _____ ja nein

Sonstige Infektionserkrankungen _____ ja nein Wenn ja, welche? _____

Sonstige Erkrankungen und Therapien

Allergien _____ ja nein Wenn ja, welche? _____

Asthma / Atemnot _____ ja nein

Autoimmunerkrankungen (z.B. Rheuma, Arthritis) _____ ja nein Wenn ja, welche? _____

Bestrahlung _____ ja nein Wenn ja, wann u. an welchem Körperteil? _____

Bluterkrankungen, verstärkte Blutungsneigung, _____

Gerinnungsstörung _____ ja nein Wenn ja, welche? _____

Chemotherapie _____ ja nein Wenn ja, wann u. weshalb? _____

Diabetes (Zuckerkrankheit) _____ ja nein Wenn ja, wie hoch ist Ihr Langzeitblutzuckerwert HbA1c? _____

Grüner Star (Glaukom) _____ ja nein

Immunsuppression _____ ja nein Wenn ja, weshalb? _____

Nervenerkrankungen _____

(z.B. Epilepsie, psychische Erkrankungen) _____ ja nein Wenn ja, welche? _____

* freiwillige Angaben

Bitte beachten Sie auch die Rückseite ▶

Dr. ANTON FELLER

ZAHNARZT SSO

Organ-/Stammzellentransplantation _____ ja nein
Organerkrankung (z.B. Leber, Niere) _____ ja nein Wenn ja, welche? _____
Osteoporose _____ ja nein
Schilddrüsenerkrankung _____ ja nein Wenn ja, welche? _____
Tumorerkrankung (z.B. Krebs) _____ ja nein Wenn ja, welche? _____
Sonstige, nicht aufgeführte Erkrankungen _____ ja nein Wenn ja, welche? _____

SCHWANGERSCHAFT

Für Frauen: Sind Sie schwanger? _____ ja nein Wenn ja, in welchem Monat? _____

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? _____ ja nein Wenn ja, welche? _____
Haben Sie jemals Bisphosphonate oder
Medikamente zur Knochenstärkung erhalten?
(z.B. als Tabletten oder als Infusion) _____ ja nein Wenn ja, welche, wann u. warum? _____
Nehmen Sie regelmässig sonstige Medikamente? ja nein Wenn ja, welche? _____
Haben Sie eine Medikamentenliste? _____ ja nein Wenn ja, stellen Sie uns diese bitte kurzfristig zur Verfügung!

RAUSCHMITTEL

Konsumieren Sie Drogen/Rauschmittel? _____ ja nein Wenn ja, welche? _____
Sind oder waren Sie alkoholabhängig? _____ ja nein
Sind Sie Raucher? _____ ja nein

SONSTIGES

Gab es Komplikationen bei
zahnärztlichen Behandlungen? _____ ja nein Wenn ja, welche? _____
Sind Sie schon einmal im
Kopf-/Hals-Bereich geröntgt worden? _____ ja nein Wenn ja, wann und wo? _____
Dürfen wir Sie an Ihren Kontrolltermin erinnern? ja nein im Abstand von _____ Monaten telefonisch per Mail
Wie sind Sie auf unsere Praxis
aufmerksam geworden? _____

Wichtige Hinweise

Wir möchten Sie freundlich bitten, Termine, welche Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei wiederholt nicht oder nicht rechtzeitig abgesagten Terminen behalten wir uns vor, diese nach dem SSO-Tarif in Rechnung zu stellen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive der Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke zwecks allfälliger Abklärungen mit meinen Ärzten, meiner Versicherung oder weiteren der Schweigepflicht unterstehenden Einrichtungen, wie dem zahntechnischen Labor, ausgetauscht werden können sowie für die Rechnungsstellung, die Buchführung oder das Inkasso notwendige Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden können.

Datum

Unterschrift

Ich stimme der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der jeweiligen Datenschutzgesetze zu. Die Speicherung der Daten erfolgt auf einem Schweizer Server.

Datum

Unterschrift

* freiwillige Angaben