

## Gesundheitsfragebogen

Herr       Frau

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ | Ort \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ | Ort \_\_\_\_\_

JA    NEIN

- Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
- Rauchen Sie?
- Mehr als sieben Zigaretten pro Tag?
- Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Spital oder hatten Sie einen Unfall?  
Warum? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?  
Welche? \_\_\_\_\_
- Sind Sie allergisch auf bestimmte Medikamente oder Stoffe?
- Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler?
- Haben Sie einen Herzschrittmacher?
- Ist Ihr Blutdruck erhöht?
- Bluten Sie lange bei Verletzungen?  
Hatten Sie jemals?
- eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?
- Asthma oder Heuschnupfen?
- Epileptische Anfälle?
- Herz- oder Kreislaufstörungen?
- Rheuma und/oder Gelenkschwellungen?
- Diabetes (Zuckerkrankheit)?
- Hatten oder haben Sie Gelbsucht (Hepatitis) oder  
eine andere schwere Infektionskrankheit (TB, HIV, etc.)?  
Welche? \_\_\_\_\_
- Fühlen Sie sich zur Zeit vollständig gesund?
- Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?

### Erklärung betreffend Datenschutz und Befreiung von der beruflichen Schweigepflicht

Ich nehme zur Kenntnis und erkläre mich damit einverstanden, dass die Zahnärzte und Zahnärztinnen, die Dentalhygienikerinnen, die Geschäftsleitung sowie das Betriebspersonal der Zahnmedizinischen Praxis **arcadens** Einsicht in meine medizinischen Daten (Krankengeschichte, Röntgenbilder, Fotos, etc.) nehmen können.

Ich ermächtige überdies die mich behandelnden Personen, medizinische Akten zur Einsicht anzufordern, wenn dies für die zahnärztliche und/oder dentalhygienische Behandlung von Nutzen ist.

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung und das Inkasso notwendigen Patientendaten sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen und Personen sowie an die staatlichen Instanzen (Betreibungsamt, Friedensrichteramt, Gerichte) weiterzuleiten.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_