

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Anbei möchten wir Sie bitten, den Fragebogen auszufüllen.

Anrede	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau
Vorname / Name	_____	
Adresse / PLZ	_____	
Gesetzlicher Vertreter	_____	
Geburtsdatum	_____	
Beruf	_____	
Arbeitgeber	_____	
Tel. privat / geschäftlich	_____	
Natel	_____	
E-Mail	_____	
Empfohlen durch	_____	
Behandelnder Hausarzt	_____	

**Bitte ankreuzen** Ja    Nein

Waren Sie während der letzten Jahre im Spital oder in ärztlicher Behandlung?  Ja     Nein  
Wenn ja, bei wem / weshalb: \_\_\_\_\_

Nahmen Sie in den letzten Wochen irgendwelche Medikamente regelmässig ein?  Ja     Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten Wochen Gerinnungshemmer eingenommen?  Ja     Nein  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion auf Injektionen, Speisen oder Medikamente?  Ja     Nein  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Bitte umblättern.**

**Hatten Sie jemals... (bitte ankreuzen)**

Ja    Nein

Schwierigkeiten mit langem Bluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz- oder Kreislaufstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu hohen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- oder Duodenalulcus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweres Rheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virus – Hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine andere ernsthafte Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie HIV – positiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich erteile Ihnen mein Einverständnis, für die Rechnungstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendige Daten an die von Ihnen hierfür beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten.

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_

**Zahnarztpraxis**  
**Dr. Elida Stevanovic | eidg. dipl. Zahnarzt**

Bahnhofstrasse 12 | 5605 Dottikon  
Telefon 056 624 15 49 | Fax 056 624 15 60  
[www.zahnarzt-dottikon.ch](http://www.zahnarzt-dottikon.ch) | [praxis@zahnarzt-dottikon.ch](mailto:praxis@zahnarzt-dottikon.ch)