ZAHNARZTPRAXIS
RIGIBLICK
Integrative Zahnmedizin
Med. dent. Roderik Kusserow
eidg. dipl. Zahnarzt, Mitglied SSO

Anmeldung und Gesundheitsfragebogen

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Strasse: PLZ/ Ort:

Beruf: Arbeitgeber:

Tel. Privat: Tel. Geschäft:

Mobil: E-Mail:

Hausarzt-Adresse / Telefon:

Ggf. gesetzlicher Vertreter/ Korrespondenz Adresse:

Empfohlen / überwiesen durch:

Grund der Konsultation:

Beziehen Sie Unterstützungsbeiträge einer sozialen Institution?
Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, IV-Leistungen, Sozialhilfe-Leistungen ❑ Ja ❑ Nein

Um Sie korrekt und individuell betreuen zu können, benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Gesundheit.
Wir bitten Sie deshalb untenstehende Fragen vollständig zu beantworten.
Alle Ihre Angaben unterliegen dem Arztgeheimnis und werden vertraulich behandelt. Vielen Dank.

	Ja	Nein
1. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?.....	❑	❑
2. Waren Sie in den letzten 5 Monaten im Spital? Wenn ja, warum?.....	❑	❑
3. Nehmen Sie zurzeit regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche?..... ……	❑	❑
4. Nehmen Sie Bisphosphonat- Medikamente oder Medikamente zur Stärkung der Knochen ein? (z.B. bei Osteoporose)	❑	❑
5. Reagieren Sie überempfindlich/ allergisch auf Medikamente, Spritzen, Nahrungsmittel, Blütenstaub oder Materialien? Wenn ja, auf was?.....	❑	❑
6. Neigen Sie zu Blutungen oder nehmen Sie Antikoagulantien, Blutverdünnende Medikamente ein?	❑	❑
7. Leiden Sie momentan oder litten Sie je an folgenden Erkrankungen?		
a) Asthma oder Heuschnupfen?	❑	❑
b) Atemnot bei leichteren Anstrengungen (Treppensteigen)?	❑	❑
c) Diabetes (Zuckerkrankheit)?	❑	❑
d) Herzerkrankungen ?	❑	❑

	Ja	Nein
e) Hoher / niedriger Blutdruck ?	❑	❑
f) Infektionen (Tuberkulose, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten, HIV / AIDS) ?	❑	❑
g) Tumorerkrankungen ?	❑	❑
h) Seelisches Leiden ?	❑	❑
i) Andere:……	❑	❑
8. Haben Sie einen ärztlichen Ausweis / Pass (Antibiotische Abschirmung, Blutverdünnung, Transplantate, Gelenkersatz, Herzschrittmacher)?	❑	❑
9. Wurden Sie gegen Wundstarrkrampf (Tetanus) geimpft? Wann?.....	❑	❑
10. Leiden Sie häufig an Magen-/Verdauungsstörungen oder erbrechen Sie häufig?	❑	❑
11. Rauchen Sie ? Wenn ja, wieviel?..... Seit wie vielen Jahren?.....	❑	❑
12. Trinken Sie regelmäßig Alkohol ? Wenn ja, wieviel?.....	❑	❑
13. Konsumieren Sie regelmäßig weiche oder harte Drogen? Welche?.....	❑	❑
14. Blutet das Zahnfleisch beim Zähneputzen?	❑	❑
15. Schmerzt oder knackt es im Bereich des Kiefergelenkes	❑	❑
16. Leiden Sie häufig an Kopf-, Nacken- oder Schulterschmerzen	❑	❑
17. Knirschen oder pressen Sie manchmal mit den Zähnen?	❑	❑
18. Leiden Sie an Mundgeruch?	❑	❑
Für Frauen:		
19. Sind Sie gegenwärtig schwanger?	❑	❑
Wünschen Sie die Anwendung von naturheilkundlichen Methoden	❑	❑

Ich nehme zur **Kenntnis**, dass die Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrucke zwecks allenfalls notwendiger Abklärung oder Information mit meiner Ärztin/ meinem Arzt oder weiteren, der ärztliche Schweigepflicht unterstehenden Personen, wie Versicherungen etc., unverschlüsselt ausgetauscht werden und dass die für die Rechnungsstellung(Mediserv), das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden.

Datum: Unterschrift: _____

Ich bin **einverstanden**, dass mir – falls notwendig – eine Lokalanästhesie gegeben wird (örtliche Betäubung).Ich bin darüber **informiert**, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (anhaltendes Taubheitsgefühl, Kribbeln), die in aller Regel wieder verschwinden.
Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlichen Eingriffen unter örtlicher Betäubung bei aktiver Teilnahme am Strassenverkehr für mehrere Stunden ein erhöhtes Unfallrisiko besteht.

Datum: Unterschrift: _____