



WEISS²
MEINE ZAHNÄRZTINNEN

PERSÖNLICHES

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Strasse		PLZ/Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Geschäft	Mobil	
E-Mail		Beruf/Arbeitgeber (freiwillige Angabe)	

WÜNSCHEN SIE EINE TERMINERINNERUNG PER SMS Ja Nein

VERSICHERUNG

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Privat versichert Gesetzlich + Zusatzversicherung

BITTE ERGÄNZEN SOFERN PATIENT UND MITGLIED DER VERSICHERUNG NICHT IDENTISCH SIND

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Strasse		PLZ/Ort	

WAS FÜHRT SIE IN UNSERE PRAXIS?

<input type="radio"/> Vorsorgeuntersuchung	<input type="radio"/> Schmerzbehandlung	<input type="radio"/> Moderne Endodontie
<input type="radio"/> 2. Meinung	<input type="radio"/> Prophylaxe	<input type="radio"/> CEREC
<input type="radio"/> Beratung	<input type="radio"/> Ästhetischer Zahnersatz	<input type="radio"/> Implantologie
<input type="radio"/> Besonderes Anliegen		

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

<input type="radio"/> Google	<input type="radio"/> Jameda	<input type="radio"/> Werbung
<input type="radio"/> Persönliche Empfehlung	<input type="radio"/> Facebook	<input type="radio"/> Sonstige

EMPFEHLUNG DURCH Name Vorname



ALLGEMEINE GESUNDHEITSFRAGEN

	ja	nein		ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> HIV		
Haben Sie Herzerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Hepatitis		
<input type="radio"/> Haben Sie Herzklappenprothesen?			<input type="radio"/> Tuberkulose		
<input type="radio"/> Haben Sie einen Herzschrittmacher?			<input type="radio"/> Sonstige		
<input type="radio"/> Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt?			Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)			Wenn ja, welche?		
<input type="radio"/> Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe bei chirurgischen Eingriffen?			<input type="radio"/> Herzmedikamente		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Cortison		
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Schmerzmittel		
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Antidepressiva		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Blutverdünnende Mittel		
Rheumatische Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Bisphosphonate		
Chronische Erkrankung der Atemwege/ Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sonstige		
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Konsumieren Sie regelmässig Alkohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?			Nehmen Sie Drogen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....			Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?			Wenn ja, welche Woche?		
.....			Sind sie derzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Wenn ja, bei wem und warum?		
				

MOMENTANE MUNDSITUATION

	ja	nein
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne unzufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Schmerzen oder Probleme bei der Mundöffnung (Reiben/Knacken)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie häufige Kopfschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmässig professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie eine Zahnspange?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenbilder Ihrer Zähne angefertigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wo?		
Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie regelmässig an Ihre Vorsorge zu erinnern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heisst, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 h vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Ihnen ansonsten entstandene Ausfallkosten in Rechnung gestellt werden. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort/Datum

Unterschrift