



## Waser-Zahnarztpraxis Luzern

Med. dent. Gisela Waser  
Zahnärztin  
Murbacherstrasse 19  
6003 Luzern – Tel. 041 210 03 30  
www.waser-zahnarztpraxis.ch

### Behandlungsanmeldung

Da wir Ihnen die bestmögliche zahnmedizinische Behandlung zukommen lassen möchten, bitten wir Sie dieses Anmeldeformular möglichst vollständig auszufüllen.

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

#### Personalien

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_

Tel. Mobile: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Hausärztin/arzt: \_\_\_\_\_

Dürfen wir Ihnen Recallbriefe / Rechnungen / Offerten per Email senden?  ja  nein  
Erhalten Sie Ergänzungs- oder sonstige Leistungen?  Ergänzungsleistungen  
 Fürsorgeleistungen  
 Sozialleistungen

Ggf. gesetzlicher Vertreter / Korrespondenz Adresse:

Ggf. empfohlen / überwiesen durch:

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen oder andere Zahnprobleme?  ja  nein  
Haben Sie vor zahnärztlichen Behandlungen Angst?  
 ja, stark / immer  wenig / gelegentlich  nein, nie  
Hatten Sie bei einer zahnärztlichen Behandlung schon einmal einen Zwischenfall (z.B. Kreislaufkollaps, Ohnmacht)?  ja  nein

#### Allgemeine Fragen

	Ja	Nein
Werden / wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt? Warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon mal eine Operation? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gelenkprothesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? In welcher Woche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn ja wie viele Zigaretten pro Tag? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Gesundheits- oder Risikopass? (Blutverdünnung, Allergie,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Endokarditis, usw.)

<b>Fragen zum Gesundheitszustand</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Haben oder hatten Sie eine Hepatitis (Gelbsucht, Leberentzündung oder Lebererkrankung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie HIV-positiv oder an AIDS erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten/haben Sie jemals:		
• Rheuma, Gelenkschwellungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Osteoporose? Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Augenerkrankungen (z.B. Grüner Star)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kieferhöhlenentzündungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tumorerkrankungen (Krebs, Leukämie)? Wenn ja, welche? Und wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</b>		
• Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Angina pectoris oder Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zu hoher / zu tiefer Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stoffwechselerkrankungen</b>		
• Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bluterkrankungen</b>		
• Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allergien</b>		
• Reagieren Sie überempfindlich auf Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leiden Sie unter Asthma oder Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zahnmedizinische Fragen</b>		
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufig Kopf, Nacken, Schulter oder Kaumuskelaturschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn sich Ihr Gesundheitszustand ändert, bitten wir Sie, uns dies mitzuteilen.

Nach zahnärztlichen Eingriffen mit Anästhesie (Spritze) und Lachgas kann das Reaktionsvermögen im Strassenverkehr herabgesetzt werden. Deshalb empfehlen wir Ihnen, dass Sie von einer Begleitperson in der Praxis abholt werden.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)