



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

Fuhrsorgeleistungen

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?

Nehmen Sie regelmässig **Medikamente** ein? **Wenn ja, welche?**

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, Endokarditis, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zum Gesundheitszustand	Ja	Nein
-------------------------------	----	------

Haben oder hatten Sie eine Hepatitis (Gelbsucht, Leberentzündung oder Lebererkrankung)? Wenn ja, welche?	<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"/>

Herz-Kreislauf-Erkrankungen		
• 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"/>

Stoffwechselerkrankungen		
• Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bluterkrankungen		
• 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"/>

Allergien		
• Reagieren Sie überempfindlich auf Medikamente? Wenn ja, auf welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leiden Sie unter Asthma oder Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zahnmedizinische Fragen	Ja	Nein
-------------------------	----	------

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufig Kopf, Nacken, Schulter oder Kaumuskulaturschmerzen?	<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.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Zahnärztin sowie der Weitergabe der Daten an Dritte (Labor,

Oralchirurgie, Kieferorthopädie..) einverstanden bin. Patienteninformationen werden seitens der Zahnarztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)