

Ausgefüllt durch: _____
Behandler: _____

Pat Nr.: _____

Gesundheitsfragebogen

Herr / Frau Name:
Beruf:
Adresse:
Tel. Geschäft:
Tel. Mobil:

Vorname:
E-Mail:
PLZ/Ort:
Tel. Privat:
Geburtsdatum:

Kostenträger: Selbst Sozialamt Ergänzungsleistung zur AHV / IV Asyl
Zahlungsart: Bar Rechnung Andre / Welche?

Grund der Konsultation: _____

Behandelnder Arzt / Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

Waren Sie in den letzten Jahren im Spital oder in ärztlicher Behandlung? Falls Ja. **Weshalb?** Ja Nein

Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmässig irgendwelche Medikamente ein? Falls Ja. **Welche?** Ja Nein

Hatten Sie schon eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente? **ALLERGIE!** auf was? Ja Nein

Hatten Sie jemals: Herzbeschwerden, Herzklappenfehler, Herzinfarkt? **Bitte unterstreichen** Ja Nein

Nehmen Sie **Blutverdünnungsmittel?** **Welches?** Ja Nein

Kreislaufbeschwerden? Ja Nein

Zuckerkrankheit (**Diabetes**)? Ja Nein

Asthma, Heuschnupfen oder andere **Allergien?** Ja Nein

Infektionskrankheiten (**Hepatitis** oder **HIV**) **Welche?** Ja Nein

Haben Sie ein schweres Rheuma? Ja Nein

Haben Sie **Osteoporosis** / Knochenschwund? Ja Nein

Eine andere ernsthafte Erkrankung? **Welche?** Ja Nein

Nur für Frauen: Besteht eine mögliche **Schwangerschaft?** Ja Nein

Rauchen Sie? Seit wann? Wie viel pro Tag? Ja Nein

Patientenerklärung:

Ich nehme zur Kenntnis, dass Termine, die nicht eingehalten bzw. nicht **mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden**, verrechnet werden. Ich erkläre mich einverstanden, dass die Rechnungen des Dentallabors an mich direkt gestellt werden. Weiter erkläre ich mein Einverständnis, die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die von Ihnen hierfür beauftragten Personen / Institutionen weiterzuleiten.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Dichiarazione di accordo

Accordo a che trasmettate i dati necessari del Labor la fatturazione, l'incasso e la contabilizzazione alle persone o alle istituzioni da voi designate a tale scopo.

Déclaration de consentement

Je vous donne l'autorisation de communiquer aux personnes et aux institutions que vous aurez mandatées les données du Labor nécessaires à la facturation, l'encaissement et la comptabilité.

Einverständniserklärung

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