

Dr. med. dent. Christian Bertschinger
 Dr. med. dent. Sascha Kundert
 Dr. med. dent. Umberto Schläpfer

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau		
Name			
Vorname		Geburtsdatum	
Name gesetzlicher Vertreter			
Strasse		PLZ/Ort	
T. Privat	T. Geschäft	Natel	Mail
Beruf		Nationalität	
Empfehlung von			
Wer zahlt die Behandlung:	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Versicherung	<input type="checkbox"/> Sozialamt
	<input type="checkbox"/> IV-Stelle	<input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen AHV/IV	
Adresse Versicherung			

Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand

Instruktionen für die Kunden

Gewisse Allgemeinerkrankungen bedingen Vorsichtsmassnahmen bei der zahnärztlichen Behandlung. Wir bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen vollständig und korrekt auszufüllen. Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis und werden vertraulich behandelt. Vielen Dank!

Zahnmedizinische Fragen

bitte ankreuzen
ja nein

Was ist der Grund Ihres Besuches?

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie Schmerzen an Zähnen oder Zahnfleisch? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie Schmerzen im Kiefer oder Ohrbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie je eine unangenehme Reaktion auf zahnärztliche Spritzen erlebt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hatten Sie je Probleme bei früheren zahnärztlichen Behandlungen?
Wenn ja, Welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie bezüglich Aesthetik Wünsche oder Anliegen (Zahnbleichung usw.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Allgemeine medizinische Fragen

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hatten Sie je einen Unfall im Bereich des Gesichtes oder der Kiefer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wurden Sie im Bereich von Mund und Lippen je operiert oder bestrahlt, um einen Tumor oder irgendeine andere Krankheit zu behandeln? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wurden Sie im Laufe des letzten Jahres durch einen Arzt untersucht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie im Verlauf des Jahres eine Veränderung im allgemeinen Gesundheitszustand bemerkt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	bitte ankreuzen	
	ja	nein
5. Werden Sie gegenwärtig von einem Arzt behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie je eine unangenehme Reaktion mit folgenden Medikamenten erlebt:		
• Aspirin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Penizillin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jod?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Barbiturate (Schlaftabletten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Beruhigungstabletten (Valium, Librium, Mogadon, Seresta usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Medikamente? Welche? _____		
8. Waren Sie je schwer krank und /oder in Spitalbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Haben Sie je eine grössere Operation über sich ergehen lassen müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Litten Sie je an folgenden Erkrankungen:		
• Rheumatisches Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Entzündlicher Rheumatismus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gelbsucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hoher Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tuberkulose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Geschlechtserkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hirnschlag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haben Sie je Asthma oder Heuschnupfen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Haben Sie je Hautausschlag bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Bekommen Sie leicht blaue Flecken, wenn Sie sich anstossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Haben Sie irgendeine Bluterkrankung (Anämie usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Haben Sie je schmerzhafte oder geschwollene Gelenke gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Haben Sie künstliche Gelenke oder transplantierte Organe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Fallen Sie leicht in Ohnmacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Haben Sie je epileptische Anfälle gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Haben Sie kürzlich ohne Diät an Gewicht abgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Leiden Sie an häufigen Verdauungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Erbrechen Sie häufig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Sind sie häufig sehr durstig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sind Sie Mundatmer oder Schnarcher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Haben Sie öfters heftige Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

bitte ankreuzen
ja nein

Nur Frauen

29. Sind Sie gegenwärtig schwanger? ja nein
30. Nehmen Sie die Antibabypille? ja nein

Virus-Hepatitis und Aids

31. Gehören Sie Ihres Erachtens zu einer Risikogruppe für Aids? ja nein
32. Gehören Sie Ihres Erachtens zu einer Risikogruppe für Hepatitis? ja nein
33. Wurde bei Ihnen entsprechende Tests durchgeführt? ja nein
34. Haben Sie je eine Bluttransfusion erhalten? ja nein

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Zweitmeinungen, Beurteilungen, Ausfüllen von Formularen , Kostenschätzungen und kurzfristige Absagen (weniger als 24 Std.) verrechnet werden.

Sie erlauben uns, falls nötig, mit Ihrem Arzt Rücksprache zu nehmen.

Name und Adresse Ihres Hausarztes

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Falle einer ärztlichen Überweisung das DCL dem zugewiesenen Arzt alle Daten übermittelt, die das DCL für diesen Zweck als angezeigt erachtet.

Betreffend Verkehr mit Krankenkassen: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Falle einer Einholung von Kostengutsprachen das DCL den Krankenkassen alle Daten übermittelt, die das DCL für diesen Zweck als angezeigt erachtet.

Ich erteile mein Einverständnis, dass die für Rechnungsstellung, Inkasso und Buchführung notwendigen Daten an die hierfür beauftragten Personen und Institutionen weitergeleitet werden dürfen.

Ich bevollmächtige das DCL für allfällige Arbeiten namens und im Auftrag von mir einen Vertrag zur Herstellung der zahntechnisch notwendigen Zahnersatzteile bzw. kieferorthopädischen Apparate mit einem/einer vom DCL mit aller Sorgfalt ausgewählten Zahntechniker/in abzuschliessen. Hierzu übergibt das DCL dem/der von ihm ausgewählten Zahntechniker/in die zahnmedizinisch erstellten Unterlagen und Abdrücke.

Der Vertrag zur Herstellung der zahntechnischen Produkte entsteht dadurch unmittelbar zwischen mir und dem/der Zahntechniker/in. Die Rechnungsstellung erfolgt direkt durch den Zahntechniker/in an mich.

Datum

Unterschrift

Intern

Ich habe überprüft, dass der Fragebogen vollständig ausgefüllt ist.

Visum
