



Name:
Vorname: **Geburtsdatum:**
Strasse / Nr.:
PLZ / Ort:
Telefon P: **Telefon G:**
Natel: **Email:**
AHV-Nr.:
Beruf: **Arbeitgeber:**
Beziehen Sie EL - od. Sozialfürsorgeleistungen: JA - NEIN
Grund der Konsultation:

Waren Sie in letzter Zeit im Spital oder in ärztlicher Behandlung? Warum?

JA	NEIN
----	------

Nehmen Sie regelmässig Medikamente (auch selbstgekauft) ein? Welche?

JA	NEIN
----	------

- Schmerzmittel? _____
- Antibiotika? _____
- Cortisonpräparate? _____
- Mittel zur Blutverdünnung? _____
- Kreislauf- bzw. Blutdruckmedikamente? _____
- Diabetesmedikamente? _____
- Andere? _____

Sind Sie Raucher? Wieviel pro Tag? _____

JA	NEIN
----	------

 Haben Sie ein Herzleiden? Welches?

JA	NEIN
----	------

Ist Ihr Blutdruck zu hoch oder zu tief?

HOCH	TIEF
------	------

 Haben Sie Allergien auf Nahrungsmittel oder irgendwelche Materialien? Welche?

JA	NEIN
----	------

Hatten Sie jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?

JA	NEIN
----	------

Leiden Sie unter einer der folgenden Krankheiten?

JA	NEIN
JA	NEIN
JA	NEIN
JA	NEIN
JA	NEIN
JA	NEIN
JA	NEIN

- Asthma, Heuschnupfen?
- Zuckerkrankheit (Diabetes)?
- Epileptische Anfälle?
- Häufig Kopfschmerzen?
- Magen- oder Darmgeschwüre?
- Rheumatismus?

Hatten oder haben Sie Gelbsucht (Hepatitis) oder eine andere Infektionskrankheit (Tuberkulose, AIDS)? Welche? Wann?

JA	NEIN
----	------

Hatten oder haben Sie eine andere schwere Erkrankung? Tumor?

JA	NEIN
----	------

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie?

JA	NEIN
----	------

Leiden Sie unter Mundgeruch (Halitosis)?

JA	NEIN
----	------

Haben Sie eine Fehlstellung der Zähne, z.B. Engstand, Überlappung, Drehung, etc.?

JA	NEIN
----	------

Basel, den Unterschrift:

PATIENTENERKLÄRUNG:

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

Basel, den Unterschrift: