

## Patientenangaben

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Vormund/Beistand/ vertretungsberechtigte Person
Nachname:	Nachname:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Beruf:
Beruf:	Beruf:
Strasse:	Strasse:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:
Telefon:	Telefon:
E-Mail:	
Krankenkasse/Ort:	Name und Adresse Ihres Zahnarztes:
Versicherungsnummer:	
Kostenträger: <input type="checkbox"/> Selbstzahler/in <input type="checkbox"/> KVG/UVG/IV <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen zu AHV/IV <input type="checkbox"/> Sozialamt Andere: _____	Name und Adresse Ihres Hausarztes:
Kontaktperson mit Telefonnummer für Notfälle:	Überwiesen von:
Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, bei wem?

## Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand

Gewisse Allgemeinerkrankungen bedingen Vorsichtsmassnahmen bei der dentalen Behandlung.  
Ihre Angaben unterstehen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

### Allgemeine medizinische Angaben zur Patientin/zum Patienten

Welche Medikamente nehmen Sie?

---



---

Fragestellung	Ja	Nein
1. Wurden Sie gegen Wundstarrkrampf (Tetanus) geimpft? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie etc.) auf Spritzen, Medikamente oder zahnärztliche Materialien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie einen ärztlichen Ausweis/Pass (antibiotische Abschirmung, Blutverdünnung, Transplantate, Gelenkersatz, Herzschrittmacher)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wurden Sie im Laufe des letzten Jahres durch einen Arzt untersucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Waren Sie je schwer krank und/oder in Spitalbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bluten Sie leicht oder lange, wenn Sie sich verletzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hatten Sie je einen Unfall im Bereich des Gesichtes oder der Kiefer oder wurden dort operiert oder bestrahlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hatten Sie je einen Unfall mit Verletzung der Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Leiden Sie momentan oder litten Sie ja an folgenden Erkrankungen:		
Asthma oder Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot bei leichten Anstrengungen (Treppensteigen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher/niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionen (Tuberkulose, Hepatitis, HIV, Geschlechtskrankheiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelisches Leiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:		
10. Fallen Sie leicht in Ohnmacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Leiden Sie an häufigen Magen-/Verdauungsstörungen oder erbrechen Sie häufig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? Und seit wie vielen Jahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Trinken Sie regelmässig Alkohol? Wenn ja, wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Konsumieren Sie regelmässig weiche oder harte Drogen? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Für Frauen: Sind Sie gegenwärtig schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Schweigepflicht, Datenschutz, Gerichtsstand und anwendbares Recht

Im Falle einer ärztlichen Überweisung darf SimplySmile/Praxis Dr. Casparis Partner dem zugewiesenen Arzt alle Daten übermitteln, die sie für diesen Zweck als geeignet erachtet. Im Falle einer Einholung von Kostengutsprachen darf SimplySmile/Praxis Dr. Casparis Partner den Krankenkassen oder Ämtern alle Daten übermitteln, die sie für diesen Zweck als geeignet erachtet. Die Adressangaben können zu administrativen Zwecken verarbeitet werden.

- Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Gerichtsstand Schaffhausen ist und das Schweizerische Recht zur Anwendung gelangt.

Ort, Datum, Unterschrift (Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in)