

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)