

NEUAUFNAHMEJOURNAL

nächster Termin:

PERSONALIEN DES PATIENTEN / DER PATIENTIN:

Name: _____ Vorname: _____

geb.: _____ männlich weiblich

Name / Beruf des gesetzlichen Vertreters: _____

Strasse: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon privat: _____ Telefon Geschäft: _____

Zahnarzt: _____ Arzt: _____

Krankenkasse: _____ Schule: _____

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN:

Alle Angaben beziehen sich auf den Patienten / die Patientin und unterstehen dem Arztgeheimnis **JA** **NEIN**

- War im vergangenen Jahr ein Spitalaufenthalt oder eine ambulante ärztliche Behandlung nötig?
- Wenn ja, warum? _____
- Ist die regelmässige Einnahme von Medikamenten nötig?
- Wenn ja, welche? _____
- Müssen Antikoagulantien eingenommen werden oder besteht eine Neigung zu langem Bluten?
- Liegt ein angeborener oder erworbener Herzfehler vor?
- Liegen Herz- oder Kreislaufstörungen vor (erhöhter oder niedriger Blutdruck, etc)?
- Wurde jemals eine ungewöhnliche Reaktion oder Allergie auf Spritzen, Medikamente, zahnärztliche Materialien, Nahrungsmittel oder Metalle (Schmuck) festgestellt?
- Wenn ja, welche? _____
- Liegt eine der nachfolgenden Krankheiten vor?
 - Asthma oder Heuschnupfen oder andere Atemwegserkrankungen
 - Häufig Ohrschmerzen oder Halsweh
 - Zuckerkrankheit (Diabetes) oder andere Stoffwechselerkrankungen
 - Epilepsie
 - Magen- oder Darmgeschwüre
 - Rheumatismus oder andere Autoimmunerkrankungen
 - Gelbsucht (Hepatitis)
 - schwere Infektionserkrankungen (Tuberkulose, HIV)
- Liegen andere schwere Erkrankungen, Verletzungen oder Behinderungen vor?
- Patientinnen: Sind Sie schwanger?
- Kinder und jugendliche Patienten:
 - Wurden dem Kind die Gaumen- oder Rachenmandeln entfernt oder die Entfernung empfohlen?
 - Hatte das Kind jemals einen Zahnunfall oder einen Schlag auf die Zähne erhalten?
 - Hatte oder hat das Kind besondere Gewohnheiten wie Nuggilutschen, Fingerlutschen Lippenbeissen oder Fingernägelkauen?
 - War oder ist das Kind in logopädischer Behandlung (Sprachheiltherapie)
 - Wurde beim Kind bereits eine Zahnregulierung durchgeführt oder begonnen?
 - Spielt das Kind ein Blasinstrument? Wenn ja, welches? _____

Der / die Unterzeichnende erklärt sich damit einverstanden, dass der Zahnarzt im Falle einer Betreuung die hierfür erforderlichen Daten an die von ihm beauftragten Personen und Institutionen weitergeben darf.

Datum: _____

Unterschrift: _____