

## NEUAUFNAHMEJOURNAL

nächster Termin: \_\_\_\_\_

### PERSONALIEN DES PATIENTEN / DER PATIENTIN:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_ männlich  weiblich

Name / Beruf des gesetzlichen Vertreters: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Handy für Terminerinnerung: \_\_\_\_\_

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

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: \_\_\_\_\_