



zahntrum Wangen AG  
 Stadthof 1  
 CH - 3380 Wangen a.A.

+41 32 631 11 71

wangen@zaehtrum.ch  
 www.zaehtrum.ch

|                                     |  |               |  |                      |              |
|-------------------------------------|--|---------------|--|----------------------|--------------|
| Name                                |  | Vorname       |  | Geburtsdatum         |              |
| Strasse                             |  |               | PLZ                                    | Ort                  |              |
| Telefon privat                      |  | Telefon mobil |  | Telefon geschäftlich |              |
| e-mail                              |  |               | Heimatort                              |                      | Nationalität |
| Eltern / gesetzliche Vertreter      |  |               | Eltern / gesetzliche Vertreter Adresse |                      |              |
| Beruf                               |  |               | Arbeitgeber                            |                      |              |
| Krankenkasse/Versicherung (Filiale) |  |               | Unfallversicherung (Filiale)           |                      |              |
| Versichertennummer (Krankenkasse)   |  |               | Versichertennummer (Unfallvers.)       |                      |              |
| Patientennummer (intern)            |  |               | Empfohlen/überwiesen durch             |                      |              |

|         |
|---------|
| Notizen |
|---------|

**Bitte Seite wenden** ⇨

|                                |                                  |   |                  |
|--------------------------------|----------------------------------|---|------------------|
| Ja<br><input type="checkbox"/> | Nein<br><input type="checkbox"/> | Sind Sie blutverdünnt (antikoaguliert)?                                   |                  |
| Ja<br><input type="checkbox"/> | Nein<br><input type="checkbox"/> | Neigen Sie zu langem Bluten?  |                  |
| Ja<br><input type="checkbox"/> | Nein<br><input type="checkbox"/> | Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (HIV, Tbc)?                       |                  |
| Ja<br><input type="checkbox"/> | Nein<br><input type="checkbox"/> | Sind Sie zurzeit in medizinischer Behandlung?                             |                  |
| Ja<br><input type="checkbox"/> | Nein<br><input type="checkbox"/> | Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?                                   |                  |
| Ja<br><input type="checkbox"/> | Nein<br><input type="checkbox"/> | Haben Sie irgendwelche Allergien? (Penicillin, Asthma, Heuschnupfen etc.) |                  |
| Ja<br><input type="checkbox"/> | Nein<br><input type="checkbox"/> | Leiden Sie unter Herz- oder Kreislauferkrankungen                         |                  |
| Ja<br><input type="checkbox"/> | Nein<br><input type="checkbox"/> | Leiden Sie unter Bluthoch- bzw. Tiefdruck?                                |                  |
| Ja<br><input type="checkbox"/> | Nein<br><input type="checkbox"/> | Leiden Sie unter Leber- oder Nierenerkrankungen                           |                  |
| Ja<br><input type="checkbox"/> | Nein<br><input type="checkbox"/> | Leiden Sie unter Magen- oder Darmerkrankungen                             |                  |
| Ja<br><input type="checkbox"/> | Nein<br><input type="checkbox"/> | Haben oder hatten Sie jemals Gelbsucht (Hepatitis)?                       |                  |
| Ja<br><input type="checkbox"/> | Nein<br><input type="checkbox"/> | Sind Sie zuckerkrank (Diabetiker)?  |                  |
| Ja<br><input type="checkbox"/> | Nein<br><input type="checkbox"/> | Leiden Sie unter Epilepsie (Fallsucht)?                                   |                  |
| Ja<br><input type="checkbox"/> | Nein<br><input type="checkbox"/> | Wurden Sie jemals im Kopf-Hals-Bereich therapeutisch bestrahlt?           |                  |
| Ja<br><input type="checkbox"/> | Nein<br><input type="checkbox"/> | Rauchen Sie?  |                  |
| Ja<br><input type="checkbox"/> | Nein<br><input type="checkbox"/> | Leiden Sie an einer anderen Erkrankung?                                   |                  |
| Ja<br><input type="checkbox"/> | Nein<br><input type="checkbox"/> | Sind Sie zurzeit schwanger?   |                  |
| Name Hausarzt                  |                                  | Adresse Hausarzt  | Telefon Hausarzt |

Der Unterzeichnete erklärt sich damit einverstanden, dass Fakturierung und Inkasso des zahnärztlichen Honorars (auch für zukünftige Behandlungen) durch Dritte erfolgen kann. Die hierfür erforderlichen Daten dürfen weitergegeben werden.

|               |              |
|---------------|--------------|
| Ort und Datum | Unterschrift |
|---------------|--------------|