



BITTE IN BLOCKSCHRIFT SCHREIBEN

FAMILIENNAME

VORNAME

GEBURTSDATUM

ADRESSE

STRASSE, HAUSNR.

PLZ, ORT, STAAT

TELEFON

E-MAIL

STATISTIK

Wie sind Sie auf unsere aufmerksam geworden?
Markieren Sie bitte alle zutreffenden Antworten.

- | | | |
|---|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Google | <input type="checkbox"/> Yahoo | <input type="checkbox"/> Safari |
| <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> YouTube | <input type="checkbox"/> Instagram |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, z.B. Zeitung (Welche?), Messe (Wo?) | | |
| <input type="checkbox"/> Bekannte (Wer?) | | |

BITTE FÜLLEN SIE AUCH DAS UMSEITIGE FORMULAR AUS.

DATUM:

ZAHNARZT:

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

GESUNDHEITZUSTAND

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir Ihnen die bestmögliche Beratung und Versorgung bieten können.

	Nein	Ja	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamentennamen
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie bzw. nahmen Sie jemals Medikamente / Präparate gegen Osteoporose? Wenn ja: Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie sonstige Medikamente regelmässig? Wenn ja: Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Nein	Ja	
Benennung der Allergene			
Allergie gegen Medikamente (z.B. Penizillin, Antibiotika etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergie gegen Materialien in der Zahnbehandlung (z.B. Jod, Betäubungsmitteln, Metalle etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weitere Allergene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Nein	Ja	
Bezeichnung der Erkrankung/Operation			
Haben Sie chronische Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie/Hatten Sie sonstige Infektionskrankheiten? (Hepatitis, AIDS etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie Operationen in der Mundhöhle/Kopf? Wenn ja: Welche? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie eine Herz-OP? Wenn ja: Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie einen Herzschrittmacher? Wenn ja: Seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaftsmonat:
-----------------	--------------------------	--------------------------	------------------------

Ich stimme zu, dass ausschliesslich die Smile Zentrum GmbH an meine angegebene E-Mail-Adresse einige Male jährlich Newsletters mit aktuellen Angeboten, Nachrichten zusenden darf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ja Nein			
Die Newsletters sind jederzeit abbestellbar.			

Unterschrift des Patienten _____

Ihre Angaben werden von uns im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!