

DATUM:

ZAHNARZT:

BITTE IN BLOCKSCHRIFT SCHREIBEN

FAMILIENNAME

VORNAME

GEBURTSDATUM

ADRESSE

STRASSE, HAUSNR.

PLZ, ORT, STAAT

TELEFON

E-MAIL

STATISTIK

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

☐ Google

☐ Yahoo

☐ Safari

☐ Facebook

☐ YouTube

☐ Instagram

☐ Sonstiges, z. B. Zeitung (Welche?), Messe (Wo?)

☐ Bekannte (Wer?)

BITTE FÜLLEN SIE AUCH DAS UMSEITIGE FORMULAR AUS.

GESUNDHEITSZUSTAND

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

	Nein	Ja	Medikamentennamen
Bluthochdruck	☐	☐	
Diabetes	☐	☐	
Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel?	☐	☐	
Nehmen Sie bzw. nahmen Sie jemals Medikamente/ Präparate gegen Osteoporose? Wenn ja: Wann?	☐	☐	
Nehmen Sie sonstige Medikamente regelmässig? Wenn ja: Welche?	☐	☐	

	Nein	Ja	Benennung der Allergene
Allergie gegen Medikamente (z.B. Penizillin, Antibiotika etc.)	☐	☐	
Allergie gegen Materialien in der Zahnbehandlung (z.B. Jod, Betäubungsmitteln, Metalle etc.)	☐	☐	
Weitere Allergene	☐	☐	

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

	Nein	Ja	
Schwangerschaft	☐	☐	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.	☐	☐
	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! - Ihr Team der Zahnklinik Smile Zentrum