

NEUAUFNAHME

Monika von Euw Dentalhygiene

Name _____
Strasse, Nr _____
Email _____
Geburtsdatum _____
Tel. Privat _____
Hausarzt _____
Krankenkasse _____

Vorname _____
PLZ/Ort _____
Beruf _____
Tel. Mobile _____
Tel. Geschäft _____
Zahnarzt _____
Gesetzl. Vertreter _____

Bitte beantworten Sie die die folgenden Fragen sorgfältig. Ich behandle Ihre Angaben vertraulich.

Waren Sie im letzten Jahr im Spital oder beim Arzt? Wenn ja, weshalb? Ja Nein

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche? Ja Nein

Neigen Sie zu Blutungen oder nehmen Sie Blutverdünnungsmittel? Ja Nein

Leiden oder litten Sie an?

- Herz- oder Kreislaufstörungen / Herzfehler / Herzschrittmacher Ja Nein
- Blutdruckveränderung (hoch, niedrig) Ja Nein
- Blutkrankheit (Blutarmut) Ja Nein
- Asthma, Heuschnupfen, Allergien: _____ Ja Nein

- Zuckerkrankheit (Diabetes) oder andere Stoffwechselerkrankungen Ja Nein
- Epileptische Anfälle Ja Nein
- Häufige Kopfschmerzen Ja Nein
- Magen-, Darmerkrankungen Ja Nein

- Rheuma Ja Nein
- Infektionskrankheiten (Hepatitis/HIV) oder andere Ja Nein
- Osteoporose Ja Nein
- Krebs (Tumorerkrankung) Ja Nein

Haben Sie eine Gelenkprothese oder andere Implantate? Ja Nein

Patientinnen: Sind Sie schwanger? Ja Nein

Hatten Sie je einen Zahnunfall oder einen Schlag auf die Zähne? Ja Nein

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt oder bei der Dentalhygienikerin?

Wann wurden zuletzt Röntgenbilder angefertigt?

Datum _____

Unterschrift _____