

BÜCHI | BLARER

ZAHNÄRZTE

Gesundheitsfragebogen

Patientenangaben

Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Telefon Privat/Mobile	Telefon Geschäft
Geburtstag	E-Mail
Gesetz. Vertr.	Hausarzt
Empf. durch	Beruf

Datum/Unterschrift

	Zutreffendes ankreuzen	Ja	Nein
1. Waren Sie in den letzten 3 Monaten im Spital oder ambulant in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nehmen Sie Antikoagulantien oder neigen Sie zu Blutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ist Ihr Blutdruck erhöht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie etc.) auf Spritzen, Medikamente oder zahnärztliche Materialien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten: <input type="checkbox"/> Asthma oder Heuschnupfen <input type="checkbox"/> häufige Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> epileptische Anfälle <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) <input type="checkbox"/> Magen- oder Darmgeschwüre <input type="checkbox"/> Rheumatismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hatten Sie je oder haben Sie Gelbsucht (Hepatitis) oder eine andere schwere Infektionskrankheit (AIDS, Tuberkulose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hatten Sie je oder haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sind Sie Raucher? Wenn ja, wieviele pro Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Beziehen Sie Ergänzungsleistungen zu einer IV/AHV Rente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Werden Sie durch die sozialen Dienste unterstützt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Patient/Die Patientin entbindet hiermit den behandelnden Arzt für die Geltendmachung seiner/ihrer Honorarforderung vom Arztgeheimnis. Ebenfalls ist ihm/ihr bewusst und er/sie ist einverstanden, dass EDV-Beauftragte in Ausnahmefällen zu Wartungszwecken Einsicht in seine/ihre Daten haben können. Sie unterstehen ebenfalls der Geheimhaltung.

Dr. med. dent. Dominik Büchi
Fachzahnarzt Rekonstruktive Zahnmedizin SSRD/SSO
Weiterbildungsausweis Implantologie SGI/SSO
081 252 66 15 | d.buechi@buechiblarer.ch

Dr. med. dent. Larissa Blarer
Eidg. dipl. Zahnärztin
081 252 74 00 | l.blarer@buechiblarer.ch

Bahnhofplatz 7
Haus Otto | 7000 Chur
buechiblarer.ch