STUDIO LUNGHI
Dr.ssa medico dentista SSO

Via della Pace 1B
6600 Locarno

Tel.: 091 752 14 32
Fax: 091 752 14 33

studio@den-ti.ch
www.den-ti.ch

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Ihr Gesundheitszustand kann Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Patientin / Patient ☐ w ☐ m

Email: _____

Name: _____

Tel. privat: _____

Vorname: _____

Tel. mobil: _____

Adresse: _____

Tel. Geschäft: _____

PLZ, Ort: _____

Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

Arbeitgeber: _____

Versicherung

Krankenkasse: _____

PLZ, Ort: _____

Versicherten-Nr.: _____

AHV-Nr.: 756. _____

Erhalten Sie Unterstützung: ☐ der Ergänzungsleistung (IV/AHV) ☐ der Sozialhilfe

Gesetzliche/r Vertreterin/Vertreter ☐ Eltern ☐ Andere:

Name, Vorname: _____

Tel. privat: _____

Adresse: _____

Tel. mobil: _____

PLZ, Ort: _____

Tel. Geschäft: _____

Behandelnde/r Ärztin/Arzt

Name, Vorname: _____

PLZ, Ort: _____

Vorherige/r Zahnärztin/Zahnarzt

Name, Vorname: _____

PLZ, Ort: _____

Grund des Besuches: _____

Empfohlen durch: _____

Folgt auf die Rückseite →

Gesundheitsfragen

1. Waren Sie in letzter Zeit krank, in ärztlicher Behandlung oder im Spital? ☐ JA ☐ NEIN
Wenn ja, wegen welcher Krankheiten? _____

2. Nehmen Sie regelmässig Medikamente oder Drogen ein? ☐ JA ☐ NEIN
Wenn ja, welche? _____

3. Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? ☐ JA ☐ NEIN
Wenn ja, was und wie viel? _____

4. Leiden oder litten Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen? ☐ JA ☐ NEIN

☐ Allergien/Überempfindlichkeiten (Zutreffendes unterstreichen und/oder genau angeben):
Heuschnupfen – Latex – Metall – Jod – Nahrungsmittel – Anästhesie – Medikament
Andere: _____

☐ Herz-Kreislauferkrankungen (Zutreffendes unterstreichen und/oder genau angeben):
Hoher Blutdruck – Tiefer Blutdruck – Angina pectoris – Herzinfarkt – Schlaganfall – Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe – Herzrhythmusstörung – Endokarditis
Andere: _____

☐ Bluterkrankungen (Zutreffendes unterstreichen und/oder genau angeben):
Bluterkrankheit (Hämophilie) – Blutarmut (Anämie) – Andere: _____

☐ Stoffwechselerkrankung (Zutreffendes unterstreichen und/oder genau angeben):
Diabetes – Hypothyreose – Hyperthyreose – Andere: _____

☐ Infektionskrankheiten (Zutreffendes unterstreichen und/oder genau angeben)
HIV – Gelbsucht (Hepatitis) – Tuberkulose – Andere: _____

☐ Leber- oder Nierenerkrankungen (genau angeben): _____

☐ Magen- oder Darmerkrankungen (genau angeben): _____

☐ Atemwegs- oder Lungenerkrankungen (genau angeben): _____

☐ Rheumatische oder Knochen-Erkrankungen (genau angeben): _____

☐ Kieferhöhlenentzündung, Gesicht- oder Kopfschmerzen (genau angeben): _____

☐ Epilepsie oder andere Gehirnerkrankungen (genau angeben): _____

☐ Depression oder andere psychische Störungen (genau angeben): _____

☐ Andere (genau angeben): _____

5. Hatten Sie schon Operationen/chirurgische Eingriffe? ☐ JA ☐ NEIN
Wenn ja, welche? _____

6. Hatten Sie schon Chemo- oder Strahlentherapie-Sitzungen? ☐ JA ☐ NEIN
Wenn ja, weswegen? _____

7. Tragen Sie Gelenkprothesen, Herzschrittmacher oder andere Implantate? ☐ JA ☐ NEIN
Wenn ja, welche? _____

8. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? ☐ JA ☐ NEIN
Wenn ja, welche Woche? _____

Patientenerklärung

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine klinische Daten zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen mit meiner Ärztin/meinem Arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen, wie Versicherungen etc., ausgetauscht werden und dass die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden. Ich bin einverstanden, dass mir, falls notwendig, eine Lokalanästhesie gegeben wird, unter Berücksichtigung der möglichen Nebenwirkungen (Schwellung, Schmerz, Blutung; selten Infektionen oder Irritationen von Zunge/Unterkiefer, wie Taubheitsgefühl oder Kribbeln). Ich nehme zur Kenntnis, dass nach chirurgischen Eingriffen unter Lokalanästhesie bei aktiver Teilnahme am Strassenverkehr für mehrere Stunden ein erhöhtes Unfallrisiko besteht.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____