

SELBSTAUSKUNFT ZUR KRANKENGESCHICHTE

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Wohnort:

Telefon privat: Telefon mobil:

Beruf: e-Mail:

Krankenkasse/Versicherung:

gesetzlich privat Beihilfe Zusatzversicherung

Sind Patient und Versicherter nicht identisch, bitte folgende Angaben zum Versicherten ergänzen:

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Wohnort:

Hausarzt:

Zahnarzt:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck ja nein Herzerkrankungen ja nein

Niedriger Blutdruck ja nein Herzschrittmacher ja nein

Herzklappenerkrankungen ja nein Endokarditisprophylaxe ja nein

Bitte Rückseite beachten!

Infektionserkrankungen

HIV ja nein
Hepatitis A, B oder C ja nein
Tuberkulose ja nein
andere ja nein

Allergien/Unverträglichkeiten

Lokalanästhetika ja nein
Antibiotika ja nein
Schmerzmittel ja nein
andere ja nein

weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörung ja nein
Asthma ja nein
Osteoporose ja nein
Lungenerkrankung ja nein
Schilddrüsenerkrankung ja nein
Rheuma ja nein
Epilepsie ja nein
Diabetes ja nein
Nierenfunktionsstörung ja nein
Ohnmachtsneigung ja nein
Grauer Star ja nein
andere ja nein

Medikamente

[Empty box for medication information]

Allgemeine Angaben

Drogenkonsum ja nein
Alkoholgenuss ja nein wenn ja, selten, oft, regelmässig
Raucher ja nein wenn ja, 0-10, über 10 Zig./Tag
frühere Röntgenuntersuchungen im Kopfbereich ja nein wenn ja, wann: [Empty box]
Schwangerschaft ja nein wenn ja, welcher Monat: [Empty box]

Wünschen Sie eine Terminerinnerung per SMS ja nein

Dürfen wir Ihren Hausarzt / Zahnarzt über den Behandlungsverlauf ggf informieren? ja nein

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle auftretenden Änderungen während des Behandlungszeitraumes zu informieren.

Ort, Datum

[Empty box for location and date]

Unterschrift

[Empty box for signature]