

**AUFNAHMEFORMULAR**

*Erwachsene*

Name ..... Vorname .....

Geburtsdatum .....  männlich  weiblich

Adresse ..... PLZ ..... Ort .....

Tel P ..... Mobile ..... Tel G .....

E-Mail ..... Beruf /Arbeitgeber .....

Ihr Zahnarzt ..... Wann war die letzte Karieskontrolle? .....

Durch wen wurden Sie an uns überwiesen? .....

Waren Sie schon einmal wegen Zahnstellungsfehlern in Behandlung?  Nein  Ja

Falls ja, bei wem? ..... Wann? .....

Krankenkasse ..... Versichertennummer .....

Sind Sie Fürsorge- oder Sozialhilfeempfänger?  Nein  Ja

Haben Sie Anspruch auf Ergänzungsleistungen zur AHV/UV?  Nein  Ja

**GESUNDHEITZUSTAND**

Name und Adresse Ihres Hausarztes .....

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  Nein  Ja

Falls ja, warum? .....

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?  Nein  Ja, welche? .....

Hatten Sie je eine schwere Erkrankung?  Nein  Ja, welche? .....

Waren Sie je in Spitalbehandlung?  Nein  Ja, warum? .....

Hatten Sie je eine Verletzung an Gesicht,  
Mund oder Zähnen?  Nein  Ja, welche? .....

**Leiden oder litten Sie unter:**

- Allergien  Rheuma  Gelbsucht, Hepatitis B  HIV, Aids  Blutgerinnungsprobleme  Asthma
- Diabetes  Epilepsie/Krämpfe  Herzerkrankung  Medikamenten-Unverträglichkeit
- Sonstiges .....
- Nichts zutreffend

Alle Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis. Der/Die Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass Drittpersonen mit Aufgaben im Zusammenhang mit Rechnungsstellung / Buchhaltung / Zahlswesen betraut werden dürfen.

Datum ..... Unterschrift .....