

# FORMULAR

## Patienteninformation



### Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie dieses Formular aus und senden es vor der 1. Konsultation an uns zurück.

#### PATIENTENINFORMATION

Ihr Termin

Name

Telefon Privat

Vorname

Telefon Natel

Geburtsdatum

Telefon Geschäft

Strasse

E-Mail

PLZ/Ort/Kanton

Hauszahnarzt & Telefonnummer

Beruf

Hausarzt/Kinderarzt & Telefonnummer

Krankenkasse, Versicherungs-/AHV-Nr.

Empfohlen von / Überwiesen von

#### GESETZLICHE VERTRETERIN /GESETZLICHER VERTRETER

Name

Beruf

Vorname

Telefon Privat

Strasse

Telefon Natel

PLZ/Ort/Kanton

Telefon Geschäft

#### Beziehen Sie Sozialhilfe?

Nein

Ja

Seit wann:

#### Rechnungsstellung an die oben genannte Adresse?

Nein

Ja

Adresse:

#### War oder ist ein weiteres Kind bei uns in Behandlung?

Nein

Ja

Name:

#### Stocker – Fachpraxis für Kieferorthopädie

Dr. med. dent. Bruce Stocker  
Fachzahnarzt für  
Kieferorthopädie | Mitglied SSO

Zuchwilerstrasse 64  
4500 Solothurn

T +41 32 622 90 44  
info@dr-stocker.ch  
www.dr-stocker.ch

#### DATENSCHUTZ

Mit der Unterschrift erteilen Sie mir Ihr Einverständnis, die notwendigen Patientendaten für administrative Angelegenheiten an die von mir beauftragten Personen oder Institutionen weiterzuleiten. Zu diesen gehören Behörden, Versicherungen, behandelnde Zahnärzte/Ärzte, die Buchhaltung und das Inkasso. Aus datenschutzrechtlichen Gründen sind wir auf Ihr Einverständnis zur Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht angewiesen.

Ort/Datum

Unterschrift

# FORMULAR

## Gesundheitsfragebogen

### Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte kreuzen Sie Zutreffendes an und senden uns das Formular vor der 1. Konsultation zu. Alle Angaben unterliegen dem Arztgeheimnis und werden vertraulich behandelt. Wir bitten Sie, in Ihrem eigenen Interesse, uns über allfällige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes zu informieren.

---

Name, Vorname

#### Ist Ihr Kind / Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

Nein  Ja *Welche:* \_\_\_\_\_

#### Werden irgendwelche Medikamente regelmässig eingenommen?

Nein  Ja *Welche:* \_\_\_\_\_

#### Mussten früher regelmässig Medikamente eingenommen werden?

Nein  Ja *Welche:* \_\_\_\_\_

#### War jemals ein Spitalaufenthalt oder eine Operation notwendig?

Nein  Ja *Grund:* \_\_\_\_\_

#### Sind Allergien / Heuschnupfen aufgetreten?

Nein  Ja *Welche:* \_\_\_\_\_

#### Trat je eine ungewöhnliche Reaktion gegen Medikamente oder Spritzen auf?

Nein  Ja *Welche:* \_\_\_\_\_

#### Wurden die Halsmandeln entfernt?

Nein  Ja *Welche:* \_\_\_\_\_

#### Wird ein Blasinstrument gespielt?

Nein  Ja *Welches:* \_\_\_\_\_

#### Wurde früher einmal eine Zahnkorrektur durchgeführt?

Nein  Ja *Wann, vom wem:* \_\_\_\_\_

#### Wurden jemals bei einem Unfall Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt?

Nein  Ja *Wann:* \_\_\_\_\_

#### Für Mädchen: Ist die erste Menstruation bereits eingetreten?

Nein  Ja *Wann:* \_\_\_\_\_

#### Für Damen: Sind Sie zum jetzigen Zeitpunkt schwanger?

Nein  Ja

**Stocker – Fachpraxis für  
Kieferorthopädie**

Dr. med. dent. Bruce Stocker  
Fachzahnarzt für  
Kieferorthopädie | Mitglied SSO

Zuchwilerstrasse 64  
4500 Solothurn

T +41 32 622 90 44  
info@dr-stocker.ch  
www.dr-stocker.ch

# FORMULAR

## Gesundheitsfragebogen

### Wurden eine oder mehrere der nachfolgenden Krankheiten diagnostiziert?

- |  |                            |                          |
|--|----------------------------|--------------------------|
| Herzkrankheiten (Endokarditis)                 | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Rheumatisches Fieber, Arthritis                | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Hepatitis (Gelbsucht)                          | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Infektionskrankheiten (Tuberkulose, HIV, Aids) | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Diabetes (Zuckerkrankheit)                     | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Hautkrankheiten                                | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Stoffwechselkrankheiten                        | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Immunkrankheiten, allergische Reaktionen       | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Asthma   | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Leberprobleme                                  | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Magen- / Darmprobleme                          | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Nierenprobleme                                 | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Sprech- oder Hörprobleme                       | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Blutstörungen, Blutkrankheiten                 | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |

Grund:

- |                  |                            |                          |
|------------------|----------------------------|--------------------------|
| Epilepsieanfälle | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
|------------------|----------------------------|--------------------------|

Angeboren oder durch Unfall:

- |                  |                            |                          |
|------------------|----------------------------|--------------------------|
| Geburtsgebrechen | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
|------------------|----------------------------|--------------------------|

Welches:

Ort/Datum

Unterschrift