

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