

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

Hauszahnarzt & Telefonnummer

PLZ/Ort/Kanton

Hausarzt/Kinderarzt & Telefonnummer

Beruf

Empfohlen von

Krankenkasse, Versicherungs-/AHV-Nr.

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:

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.

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

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