

## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Adresse:

Tel:

E-Mail:

Geburtsdatum:PGebDatum

Natel:

Nationalität:

Beruf:

### Medizinische Vorgeschichte

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen ?

	ja/	nein		ja/	nein
Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung / Schwierigkeit mit Blutem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunschwäche (z.B. HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bakterielle Endocarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma/ Rheum. Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaukom (grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes / Zuckerkrankh.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____		

Sonstige Erkrankungen/ Infektionen: \_\_\_\_\_

Regelmäßige Einnahme von folgenden Medikamenten / Infusionen: \_\_\_\_\_

Bekommen Sie Bisphosphonate verabreicht:  ja /  nein

**SCHWANGERSCHAFT:**      **MONAT:**

Würden Sie sagen, dass Sie unter Stress stehen?  ja /  nein

Rauchen Sie?  ja /  nein

Wieviel pro Tag: \_\_\_\_\_

### Zahnmedizinische Vorgeschichte und Wünsche:

Haben Sie zur Zeit Schmerzen?

ja/ nein  
/

Bemerken Sie Zahnfleischbluten?

/

Haben Sie Probleme beim Kauen?

/

☒ bitte ankreuzen ☺

Wie wichtig sind Ihnen Ihre Zähne?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 -

Wie wichtig ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 -

### Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Ihr persönliches Kariesrisiko

Implantate (künstl. Zahnwurzeln)

Parodontal- (Zahnfleisch)-Behandlung

Kiefergelenk-Behandlung

Amalgam-Entfernung /-Alternativen

Zahnfarbene Inlays

Aufhellen von Zähnen (Bleaching)

Ästhetische Zahnheilkunde

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Mir wurde mitgeteilt, dass für Privatpatienten ein Taxpunktwert von **3,5** und für UVG-versicherte Personen ein Taxpunktwert von **3.1** gilt.

Für grössere Arbeiten beachten Sie unsere besonderen Zahlungsbedingungen.

Ich bin darüber informiert, daß ich die Termine, die ich nicht einhalten kann, spätestens 24 Std. vorher ändern muß. Andernfalls können mir diese in Rechnung gestellt werden.

Ich bin einverstanden, dass Photographien meiner Zähne und meines Mundes zum Zwecke der Weiterbildung und Information in Fachzeitschriften und im Internet veröffentlicht werden können.

St.Gallen, den Datum      Unterschrift: \_\_\_\_\_