



Zahnarzt Team Luzern

Dr. med. dent. Markus Schulte
Zahnarzt – Fachzahnarzt Oralchirurgie
Winkelriedstrasse 37
6003 Luzern – Tel. 041 210 58 58
www.ztlu.ch

Zahnarzt Team Luzern

Anmeldung zur Behandlung

Wir bitten Sie, dieses Anmeldeformular sowie den Gesundheitsfragebogen auf der Rückseite möglichst exakt auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name:	Vorname:	Ggf. Titel:
Strasse:	PLZ/Ort:	
Geburtsdatum:	Beruf:	
Tel. Privat:	Tel. Geschäft:	
Fax:		
Handy:	E-Mail:	@
Dürfen wir Ihnen Recallbriefe / Rechnungen / Offerten per Email senden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wünschen Sie eine automatische Terminerinnerung am Vortag? <input type="checkbox"/> ja, per Email <input type="checkbox"/> ja, per SMS <input type="checkbox"/> nein		
Ggf. gesetzlicher Vertreter / Korrespondenz Adresse:		
Ggf. empfohlen / überwiesen durch:		

Beziehen Sie Zusatzleistungen? (IV, Sozialamt, Fürsorgeamt, Asylorganisation u.s.w.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen oder andere Zahnprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?	<input type="checkbox"/> ja, sehr / immer	<input type="checkbox"/> mässig / gelegentlich <input type="checkbox"/> nein, nie
Ist bei Ihnen schon einmal ein Zwischenfall (z.B. Kreislaufkollaps, Ohnmacht o.ä.) während einer zahnärztlichen Behandlung aufgetreten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt / Facharzt (Name und Ort) _____

Waren Sie in den letzten zwei Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung oder Operation? _____

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche und wie häufig? _____

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft (wenn ja, im ____ Monat)? ja nein

Rauchen Sie _____ ja nein
(wenn ja, ca. ____ Zigaretten / Tag)?

Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?

Herz- / Kreislaufferkrankungen

Herzinfarkt (Wenn ja, wann ? _____)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angina pectoris, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefässe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschwäche (Insuffizienz) oder andere Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzrhythmusstörungen (Arrhythmie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angeborene oder erworbene Herzfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zu hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bitte füllen Sie auch Seite 2 des Anamnesebogens aus

Knochenerkrankungen

Osteoporose ja nein

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ggf. gegen Osteoporose? _____

Bluterkrankungen

Blutungsneigung ja nein

Wenn ja, eventuell aufgrund welcher Erkrankung? _____

Nehmen Sie blutverdünnende (gerinnungshemmende) Medikamente?

Wenn ja, welche? _____ ja nein

Hatten Sie schon einmal eine Nachblutung nach einem zahnärztlichen Eingriff? ja nein

Allergien:

Reagieren Sie überempfindlich auf gewisse Medikamente oder Materialien? ja nein

Wenn ja, auf welche? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Leiden Sie an Asthma oder Heuschnupfen ja nein

Infektionskrankheiten:

HIV / AIDS ja nein

Gelbsucht (Hepatitis) A / B / C ja nein

Wenn ja, wann wurde die Erkrankung festgestellt? _____

Sonstige Erkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

Wenn ja, spritzen Sie Insulin? ja nein

Epilepsie, Krampfanfälle ja nein

Tumorerkrankungen (Krebs, Leukämie) ja nein

Wenn ja, welche / wann? _____

Hatten Sie eine Strahlentherapie mit Bestrahlungen im Kopfbereich? ja nein

Andere, bisher nicht aufgeführte Erkrankungen ja nein

Wenn ja, welche _____

Sollte sich Ihr Gesundheitszustand ändern, so bitten wir Sie, dies uns bei Ihrer nächsten Behandlung mitzuteilen.

Bitte beachten Sie, dass nach zahnärztlichen Eingriffen das Reaktionsvermögen im Strassenverkehr herabgesetzt sein kann. Nach Anwendung von Beruhigungsmitteln oder Lachgas sollten Sie mit einer Begleitperson heimkehren und keinesfalls selbst ein Fahrzeug lenken.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: _____