



Hausarzt \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

ja  nein Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung oder waren Sie vor kurzem im Spital?  
Wenn ja, warum?

ja  nein Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

ja  nein Hatten Sie eine allergische Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?

ja  nein Haben Sie einen ärztlichen Ausweis? Wenn ja, wofür?

ja  nein Bluten Sie lange bei Verletzungen?

ja  nein Hatten Sie einen Unfall im Kiefer-Gesichtsbereich oder wurden Sie in dieser Region operiert oder bestrahlt?

**Leiden Sie  
an folgenden  
Erkrankungen?**

ja  nein Allergien \_\_\_\_\_

ja  nein Asthma oder Heuschnupfen

ja  nein Diabetes (Zuckerkrankheit); wenn ja:  Typ 1 oder  Typ 2

ja  nein Epilepsie

ja  nein Osteoporose Medikamente  ja  nein  Tabletten  Infusionen

ja  nein Hautausschläge

ja  nein Herzerkrankungen

ja  nein Hoher oder niedriger Blutdruck \_\_\_\_\_

ja  nein  Hepatitis  A  B  C

Tuberkulose  HIV / AIDS

Sonstige \_\_\_\_\_

ja  nein Häufiges Erbrechen

ja  nein Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel und seit wann? \_\_\_\_\_

ja  nein Konsumieren Sie leichte oder harte Drogen? \_\_\_\_\_

**Für Frauen**

ja  nein Sind Sie schwanger?

ja  nein Nehmen Sie die Antibabypille?

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, die von mir erhobenen personenbezogenen Daten elektronisch zu verarbeiten und zu speichern.  
Diese Einwilligung kann ich jederzeit, ohne Angaben von Gründen, für die Zukunft widerrufen.

Die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung der personenbezogenen Daten unterliegen den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes sowie der ärztlichen Schweigepflicht.

Die in der Praxis ausliegende Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen. Auf Wunsch wird mir eine Kopie der Datenschutzerklärung ausgehändigt.

Mit meiner Unterschrift nehme ich zur Kenntnis und erkläre mich damit einverstanden, dass die Zahnärzte und Zahnärztinnen sowie das Praxispersonal der Zahnärzte Geroldswil, Dr. Schulz und Partner, Einsicht in meine medizinischen Daten (Krankengeschichte, Röntgenbilder, Fotos etc.) nehmen können. Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung und das Inkasso notwendigen Patientendaten an die rechnungsstellenden und die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen und Personen sowie an die staatlichen Instanzen (Betriebsamt, Friedensrichteramt, Gerichte) weiterzuleiten.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_