



Dr. med. dent. Leonhard Schulz

WBA SSO für allgemeine Zahnmedizin  
eidg. dipl. Zahnarzt, Mitglied SSO Aargau

Bleichemattstrasse 4

CH-5000 Aarau

Tel. ++41 62 822 34 33

Fax ++41 62 822 45 70

email: dr\_l\_schulz@bluewin.ch

Pat. Nr.

, den .....

**Anmeldung und Gesundheitsfragebogen:**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_ Tel. Mobil: \_\_\_\_\_  
Zivilstand: \_\_\_\_\_ Fax Privat: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber (Name, Ort): \_\_\_\_\_  
Hausarzt / Ort: \_\_\_\_\_ empfohlen von: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Unfallversicherung: \_\_\_\_\_

Wer kommt für die Behandlungskosten auf?	Patient <input type="checkbox"/>	Versicherung <input type="checkbox"/>	welche? _____
	Sozialamt <input type="checkbox"/>	EL/IV <input type="checkbox"/>	Gemeinde: _____

**Beantworten Sie bitte auch die folgenden medizinisch wichtigen Fragen:**

- 1. Waren Sie während der letzten zwei Jahre im **Krankenhaus** oder in **ärztlicher Behandlung**? falls ja, weshalb? wo? behandelnder **Arzt**? ja  nein
- 2. Nahmen Sie in den letzten Wochen irgendwelche **Medikamente** ein? falls ja, **welche**? und wie häufig? ja  nein
- 3. Stehen Sie gegenwärtig unter Antikoagulation (**Blutverdünnung**)? falls ja, **womit**? oder hatten Sie jemals Schwierigkeiten mit **langem Bluten**? falls ja, **wann** letztmals?  
Marcoumar  Aspirin  andere: \_\_\_\_\_ ja  nein
- 4. Hatten Sie jemals eine **ungewöhnliche Reaktion** auf **Spritzen** oder **Medikamente**? falls ja, wann letztmals? auf welche Medikamente reagieren Sie? ja  nein
- 5. Leiden Sie zur Zeit oder litten Sie jemals an:  
**Herz- und Kreislaufstörungen**? ja  nein   
Erkrankungen des **Blutsystems** oder einer **Immunsuppression** (Zutreffendes unterstreichen) ja  nein   
Gelbsucht (**Hepatitis**) oder **AIDS/HIV** (Zutreffendes unterstreichen) ja  nein   
Erkrankungen der **Atmungsorgane**? **Asthma**, **Heuschnupfen** oder andere **Allergien**? (Zutreffendes unterstreichen) ja  nein   
**Stoffwechselstörungen** wie **Schilddrüsenfehlfunktion**, **Osteoporose**? ja  nein   
**Zuckerkrankheit/Diabetes**? falls ja, müssen Sie **Insulin** spritzen? (Zutreffendes unterstreichen) ja  nein   
**Andere**? \_\_\_\_\_ ja  nein   
**andere ernsthafte Erkrankungen**? falls ja, welche \_\_\_\_\_ ja  nein
- 6. Tragen Sie **Endoprothesen** (künstliche Gelenke /Osteosyntheseplatten / Implantate / andere) oder einen **Herzschrittmacher**? falls ja, bitte genauere Angaben: ja  nein
- 7. **Rauchen** Sie? ja  nein   
falls ja, täglich < 10 Zigaretten  > 10 Zigaretten
- 8. **für Frauen:**  
Sind Sie zurzeit **schwanger**? falls ja, in welcher Woche? **Woche** ..... ja  nein

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_

Ich bin mit der Zusendung von Terminkarten und Recall-Brief an obige Emailadresse  einverstanden  **nicht** einverstanden

Visum Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Visum DA: \_\_\_\_\_  
Bemerkungen: \_\_\_\_\_ Fragebogen letztmals ausgefüllt am: \_\_\_\_\_