Dr. med. dent. Peter Werder
Dr. med. dent. Daniel Wolf

Kauffmannweg 12
6003 Luzern
T 041 210 81 81

info@peterundwolf.ch
www.peterundwolf.ch

Implantologie & Oralchirurgie
PETER WERDER

Implantologie & Oralchirurgie
DANIEL WOLF

Anmeldeformular und medizinischer Fragebogen

Alle Ihre Angaben sind vertraulich und unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____ Geb: _____

Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____

Tel. P: _____ Tel. G: _____ Mobile: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Zusatzversicherung für Zahnbehandlung: _____

Hausarzt (Name, Vorname, Ort): _____

Unfallversicherung: _____

	Ja	Nein	Bemerkung
Sind Sie Fürsorge-, Sozialhilfeempfänger oder haben Sie Anspruch auf ergänzende Leistungen zur AHV/IV?			
Wünschen Sie, dass Ihnen Ihre zahnärztlichen Termine, Erinnerungen und Kostenschätzungen per E-Mail zugestellt werden?			

	Ja	Nein	Bemerkung
Waren Sie vor kurzem krank oder in ärztlicher Behandlung?			
Nehmen Sie zurzeit regelmässig Medikamente ein?			
Bluten Sie länger als üblich, wenn Sie sich verletzt haben?			
Hatten Sie jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente (Penicillin, Jod usw.)?			
Hatten Sie andere Allergien wie Asthma oder Heuschnupfen?			
Leiden Sie an Herz-Kreislaufstörungen?			
Leiden Sie an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV)?			
Leiden Sie an Diabetes?			
Leiden Sie an anderen ernsthaften Krankheiten?			
Werden Sie gegen Osteoporose behandelt?			

Für Frauen:	Ja	Nein	Bemerkung
Sind Sie schwanger?			
Glauben Sie, dass Sie schwanger sein könnten?			

Bitte teilen Sie uns Änderungen des Gesundheitszustandes mit!

Ich erkläre mich einverstanden, dass Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inkl. Röntgenbilder oder Fotos, deren Kopien oder Ausdrucke für medizinische Zwecke anderen Medizinalpersonen, Versicherungen und Betreibungsämtern mitgeteilt oder auf Anfrage zugestellt werden können. Diese Personen unterstehen ebenfalls der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum: _____ Unterschrift: _____