

# Anamneseblatt

Ihr Gesundheitszustand kann Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

**Patientin / Patient**  Frau  Herr

E-Mail \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_

Strasse & Nr. \_\_\_\_\_ Mobil-Tel. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

**Versicherung**  Krankenkasse:  Zahnzusatz:  Unfall:

Nr.: \_\_\_\_\_

**Erhalten Sie Unterstützung**  der Ergänzungsleistung  der Sozialhilfe oder  keine Unterstützung?

**Gesetzliche/r Vertreterin/Vertreter**

Frau  Herr

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_

Strasse & Nr. \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Mobil-Tel. \_\_\_\_\_

Hausärztin/-arzt  Behandelnde/r Ärztin/Arzt  Kinderärztin/-arzt

Frau  Herr

Name, Vorname \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Strasse & Nr. \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_

Mobil-Tel. \_\_\_\_\_

**Privatzahnärztin/-arzt**

Frau  Herr

Name, Vorname \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Strasse & Nr. \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_

Mobil-Tel. \_\_\_\_\_

**Grund des Klinikbesuches:** \_\_\_\_\_

Durch welchen Arzt/Ärztin oder Zahnärztin/Zahnarzt wurden Sie überwiesen?	Name, Vorname _____
	Strasse & Nr. _____
	PLZ, Ort _____

## Fragen zum Gesundheitszustand

- 01. Werden/wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt?  Ja  Nein  
Wenn ja, wegen welcher **Krankheiten**? \_\_\_\_\_
- 02. Hatten Sie schon **Operationen**? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- 03. Haben oder hatten Sie eine **Hepatitis** (Gelbsucht, Leberentzündung)?  Ja  Nein
- 04. Nehmen Sie zurzeit regelmässig **Medikamente** ein? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Nehmen Sie Bisphosphonate ein (z.B. wegen Osteoporose)?  Ja  Nein
- 05. Leiden Sie unter **Herz-Kreislaferkrankungen**? Wenn ja, bitte ankreuzen.  Ja  Nein
  - Zu hoher/zu tiefer Blutdruck Wert:
  - Angina pectoris

- Herzinfarkt
- Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe
- Schlaganfall
- Herzinnenhautentzündungen (Endokarditis)

06. Sind Sie **HIV-positiv**?  Ja  Nein
07. Leiden Sie unter einer **Bluterkrankung**? Wenn ja, bitte ankreuzen.  Ja  Nein  
 Bluterkrankheit (Hämophilie)  Blutarmut (Anämie)  
 Nehmen Sie **blutverdünnende Medikamente**?  Ja  Nein
08. Leiden Sie unter einer **Stoffwechselerkrankung**? Wenn ja, bitte ankreuzen.  Ja  Nein  
 Schilddrüsenerkrankung  Diabetes (Zuckerkrankheit)  
 Andere: \_\_\_\_\_
09. Haben Sie **Allergien**? Wenn ja, bitte ankreuzen.  Ja  Nein  
 Heuschnupfen  Asthma  Andere: \_\_\_\_\_  
 Reagieren Sie überempfindlich auf:  
 Spritzen?  Medikamente?  
 Mundspüllösungen?  Nahrungsmittel?
10. Hatten Sie jemals:  
 eine Kieferhöhlenentzündung?  Chemotherapie? Weswegen? \_\_\_\_\_  
 Rheuma, Gelenkschwellungen?  
 Verdauungsstörungen?  Bestrahlung? Wo? \_\_\_\_\_  
 hormonelle Störungen?  eine andere ernsthafte Erkrankung?  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Tuberkulose?  
 Organerkrankungen (Lunge, Leber, Niere etc.)? \_\_\_\_\_
11. Besteht zurzeit eine **Schwangerschaft**? Welche Woche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
12. Tragen Sie **Gelenkprothesen, Herzschrittmacher** oder **andere Implantate**?  Ja  Nein  
 Welche? \_\_\_\_\_
13. Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?  Ja  Nein  
 Was? \_\_\_\_\_ Wieviel? \_\_\_\_\_
14. Leiden Sie unter **Mundgeruch**?  Ja  Nein
15. Besitzen Sie einen **Zahnschutz**, den Sie regelmässig beim Sport tragen?  Ja  Nein  
 Hatten Sie vor kurzem einen **Zahnunfall**?  Ja  Nein

Ich nehme zur **Kenntnis**, dass die Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen oder Informationen mit meiner Ärztin/meinem Arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen, wie Versicherungen etc., ausgetauscht werden und dass die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden.

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

Ich bin **einverstanden**, dass mir – falls notwendig – eine Lokalanästhesie gegeben wird (örtliche Betäubung). Ich bin darüber **informiert**, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (anhaltendes Taubheitsgefühl, Kribbeln), die in aller Regel wieder verschwinden. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung bei aktiver Teilnahme am Strassenverkehr für mehrere Stunden ein erhöhtes Unfallrisiko besteht.

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

Ich bin **einverstanden**, dass alle über mich erhobenen Daten, Gewebeproben und entfernte Zähne unter strikter Einhaltung der Vertraulichkeit und in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke in der medizinischen Forschung verwendet werden können. Daten können ebenfalls unter Einhaltung strikter Vertraulichkeit zu Prüf- und Kontrollzwecken von den zuständigen Behörden und der kantonalen Ethikkommission eingesehen werden. Diesbezüglich sind die behandelnden Zahnärztinnen und –ärzte vom Patientengeheimnis befreit. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen (Vetorecht), ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.

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