

Admin	Zaz	Gesamt	Patientennummer

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	<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Herr	E-Mail	_____
Name	_____		Tel. privat	_____
Vorname	_____		Tel. Geschäft	_____
Strasse & Nr.	_____		Mobil-Tel.	_____
PLZ, Ort	_____		Nationalität	_____
Geburtsdatum	_____		Beruf	_____

Versicherung	<input type="radio"/> Krankenkasse:	<input type="radio"/> Zahnzusatz:	<input type="radio"/> Unfall:
Nr.:	_____	_____	_____

Unterstützung	<input type="radio"/> Ergänzungsleistung	<input type="radio"/> Sozialhilfe	<input type="radio"/> Prämienverbilligung
----------------------	--	-----------------------------------	---

Gesetzliche/r Vertreterin/Vertreter

Name, Vorname	_____	Tel. privat	_____
Strasse & Nr.	_____	Tel. Geschäft	_____
PLZ, Ort	_____	Mobil-Tel.	_____

Abweichende Korrespondenzadresse (z.B. Wohnheim)

Name, Vorname	_____	PLZ, Ort	_____
Firma / Institution	_____	Tel. Geschäft	_____
Strasse & Nr.	_____	Mobil-Tel.	_____

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

Name, Vorname	_____	Tel. Geschäft	_____
Strasse & Nr.	_____	Mobil-Tel.	_____

Privatzahnärztin/-arzt

Name, Vorname	_____	Tel. Geschäft	_____
Strasse & Nr.	_____	Mobil-Tel.	_____

Grund des Klinikbesuches:	Haben Sie Schmerzen?	Wünschen Sie eine Beratung / Kontrolle?
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Anderer Grund. Bitte angeben: _____

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?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, wegen welcher Krankheiten ?	_____

02. Hatten Sie schon Operationen ? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

03. Haben oder hatten Sie eine Hepatitis (Gelbsucht, Leberentzündung)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
---	---

04. Sind Sie HIV-positiv ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
-----------------------------------	---

05. Nehmen Sie zurzeit regelmässig **Medikamente** ein? Wenn ja, welche? Ja Nein

Nehmen Sie antiresorptive Medikamente ein (z.B. Bisphosphonate wegen Osteoporose)? Ja Nein

06. Leiden Sie unter **Herz-Kreislaufkrankungen**? Wenn ja, bitte ankreuzen. Ja Nein

- Zu hoher/zu tiefer Blutdruck Wert: Angina pectoris
 Herzinfarkt Schlaganfall
 Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe Herzzinnenhautentzündungen (Endokarditis)

Besitzen Sie einen **Endokarditispass**? 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?

Besitzen Sie einen **Allergiepass**? Ja Nein

10. Hatten Sie jemals:

- eine Kieferhöhlenentzündung? Chemotherapie? Weswegen? _____
 Rheuma, Gelenkschwellungen? _____
 Verdauungsstörungen? Bestrahlung? Wo? _____
 hormonelle Störungen? eine andere ernsthafte Erkrankung?
 Tuberkulose? Wenn ja, welche? _____
 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? Ja Nein
Was? _____ Wieviel? _____

14. Haben Sie geraucht? Ja Nein
Was? _____ Wieviel? _____

Ich bin **einverstanden**, dass mir/meinem Kind/Mündel – 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 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: _____