



# Anamneseblatt

Anrede: <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	
<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
Strasse, Nr.:	PLZ, Ort:
Tel. Privat:	Tel. Geschäft:
Geburtsdatum:	Handy-Nr.:
Geburtsland:	E-Mail-Adresse:
Nationalität:	Beruf:
Krankenkasse: Police-Nr:	Unfallversicherung:
Erhalten Sie Unterstützung der Ergänzungsleistung oder der Sozialhilfe (wenn ja, bitte entsprechendes Feld ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen <input type="checkbox"/> Sozialhilfe
<b>Gesetzliche/r Vertreterin/Vertreter:</b> Anrede: <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr  Name, Vorname: ..... Strasse, Nr.: ..... PLZ, Wohnort: .....	Tel. Privat:..... Tel. Geschäft: ..... Handy-Nr.: .....
<b>Hausarzt:</b> Name: ..... Adresse: ..... Telefonnummer: .....	<b>Bisheriger Zahnarzt:</b> Name: ..... Adresse: ..... Telefonnummer: .....
<b>Grund des Besuches:</b>  .....	
<p>Viele Menschen sind krank. Das kann auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb, den umseitigen Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.</p> <p style="text-align: right;"><b>Bitte wenden</b> </p>	

Fragen zum Gesundheitszustand			
01.	Werden / wurden Sie im vergangenen Jahr ärztlich behandelt? Wenn ja, wegen welchen <b>Krankheiten</b> ?.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
02.	Hatten Sie im letzten Jahr <b>Operationen</b> ? Welche?.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
03.	Haben oder hatten Sie eine <b>Hepatitis</b> (Gelbsucht, Leberentzündung)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
04.	Sind Sie <b>HIV-positiv</b> oder an AIDS erkrankt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
05.	Nehmen Sie zur Zeit <b>regelmässig Medikamente</b> ein? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
06.	<b>Herz-Kreislaufferkrankungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● zu hoher/zu tiefer Blutdruck? Wert:.....</li> <li>● Angina pectoris?</li> <li>● Herzinfarkt?</li> <li>● Herzklappenfehler, künstl. Herzklapp</li> <li>● Herzinnenhautentzündungen (Endokarditis)?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
07.	<b>Bluterkrankungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Quick-Wert: ..... INR-Wert:.....</li> <li>● Bluterkrankheit (Hämophilie)?</li> <li>● Blutarmut (Anämie)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
08.	<b>Stoffwechselerkrankung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Diabetes (Zuckerkrankheit)?</li> <li>● Schilddrüsenerkrankung?</li> <li>● Andere, welche?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
09.	<b>Allergien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reagieren Sie überempfindlich auf <input type="checkbox"/> Spritzen, <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Latex? .....</li> <li>● Leiden Sie unter <input type="checkbox"/> Asthma oder <input type="checkbox"/> Heuschnupfen?.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10.	Hatten Sie jemals:	<ul style="list-style-type: none"> <li>● eine Kieferhöhlenentzündung?</li> <li>● Nierenerkrankungen?</li> <li>● Bestrahlung?</li> <li>● Chemotherapie?</li> <li>● eine andere ernsthafte Erkrankung? Wenn ja, welche?.....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11.	Besteht zur Zeit eine <b>Schwangerschaft</b> ? Welche Woche?.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
12.	Tragen Sie <b>Gelenkprothesen, Herzschrittmacher</b> oder <b>andere Implantate</b> <b>Welche</b> ?.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
13.	<b>Rauchen Sie zur Zeit?</b> Wie viel pro Tag?.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
14.	Hatten Sie je einen <b>Zahnunfall</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 können.

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

Ich bin damit 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 für die aktive Teilnahme am Strassenverkehr für mehrere Stunden ein erhöhtes Unfallrisiko besteht.

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