

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

Name _____

Tel. privat _____

Vorname _____

Tel. Büro _____

Straße, Nr. _____

Mobil _____

PLZ, Ort _____

E-Mail _____

Sozialversicherungsnummer _____

Nationalität _____

Krankenkasse: _____

Zusatzversicherung: _____

Gesetzliche/r Vertreterin/Vertreter

Frau

Herr

Name, Vorname _____

Tel. privat _____

Straße, Nr. _____

Tel. Büro _____

PLZ, Ort _____

Mobil _____

Hausärztin/-arzt

Behandelnde/r Ärztin/Arzt

Kinderärztin/Arzt

Name, Vorname _____

Tel. privat _____

Straße, Nr. _____

Tel. Büro _____

PLZ, Ort _____

Mobil _____

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:

■ Werden/wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt? Ja Nein
Wenn ja, wegen welcher **Krankheiten**? _____

■ Hatten Sie schon **Operationen**? Wenn ja, welche? _____ Ja Nein

■ Haben oder hatten Sie eine **Hepatitis** (Gelbsucht, Leberentzündung)? Ja Nein

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

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

Nehmen Sie **blutverdünnende Medikamente**? Ja Nein

■ Leiden Sie unter **Herz-Kreislaufferkrankungen**? Wenn ja, bitte ankreuzen. Ja Nein

- zu hoher/zu tiefer Blutdruck
- Endokarditis
- Schlaganfall
- Angina Pectoris
- Herzinfarkt
- Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe

■ Sind Sie **HIV-positiv**? Ja Nein

■ Leiden Sie unter einer **Bluterkrankung**? Wenn ja, bitte ankreuzen. Ja Nein

- Bluterkrankheit (Hämophilie)
- Blutarmut (Anämie)

■ Leiden Sie unter einer **Stoffwechselerkrankung**? Wenn ja, bitte ankreuzen. Ja Nein

- Diabetes
- Schilddrüsenerkrankung
- Andere: _____

■ Haben Sie **Allergien**? Ja Nein

Wenn ja, wogegen? _____

Reagieren Sie überempfindlich auf:

- Spritzen?
- Mundspüllösungen?
- Medikamente?
- Nahrungsmittel?

■ Hatten Sie in der Vergangenheit:

- eine Kieferhöhlenentzündung?
- Rheuma, Gelenkschwellungen?
- ernsthafte Störungen im Magen-Darm-Trakt
- hormonelle Störungen?
- Tuberkulose?
- Organerkrankungen (Lunge, Leber, Niere etc.)?
- Chemotherapie? Weswegen? _____
- Bestrahlung? Wo? _____
- eine andere ernsthafte Erkrankung? Wenn ja, welche? _____

■ Tragen Sie **Gelenkprothesen, Herzschrittmacher oder andere Implantate**? Ja Nein

■ **Rauchen** Sie oder haben Sie geraucht? Ja Nein

Was? _____

Wieviel? _____

■ Besteht zurzeit eine **Schwangerschaft**? Ja Nein

■ Knirschen Sie mit den Zähnen - **Bruxismus**? Ja Nein

■ Sonstige Infektionen / Krankheiten

Fragen / Anmerkungen:

Datum

Unterschrift