



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.

Personalien: Frau Herr

Name _____ Tel. Privat _____
Vorname _____ Tel. Geschäft _____
Strasse & Nr. _____ Mobil-Tel. _____
PLZ, Ort _____ E-Mail _____
Geburtsdatum _____ Beruf _____
Krankenkasse _____ Vers. Nummer _____
Nationalität _____ Empfohlen durch: _____

Wünschen Sie **Kostenvoranschläge** und **Rechnungen** per E-Mail? Ja Nein

Erhalten Sie Unterstützung:

Ergänzungsleistung Sozialhilfe 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
Name, Vorname _____ Tel. Geschäft _____
Strasse & Nr. _____ PLZ, Ort _____

Fragen zum Gesundheitszustand

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Fühlen Sie sich zurzeit vollständig gesund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Werden/wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wegen welcher Krankheiten ? _____ | | |
| - Hatten Sie schon Operationen ? Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| - Nehmen Sie zurzeit regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| - Leiden Sie unter Herz-Kreislaufkrankungen ? Wenn ja, bitte ankreuzen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Zu hoher/zu tiefer Blutdruck <input type="checkbox"/> Angina pectoris | | |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Schlaganfall | | |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe | | |
| <input type="checkbox"/> Herzinnenhautentzündungen (Endokarditis) | | |

./.



- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ? Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Leiden sie unter einer Bluterkrankung ? <input type="checkbox"/> Bluterkrankheit (Hämophilie) <input type="checkbox"/> Blutarmut (Anämie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Haben Sie einen Antikoagulationpass? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Leiden Sie unter einer Stoffwechselerkrankung ? <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) <input type="checkbox"/> Andere: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Haben Sie Allergien ? Haben Sie einen Allergiepass? <input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Penicillin Allergie <input type="checkbox"/> Andere: _____ Reagieren Sie überempfindlich auf: <input type="checkbox"/> Spritzen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Mundspüllösungen <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Nehmen sie Bisphosphonate ein? (z.B. wegen Osteoporose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Tragen Sie Gelenkprothesen, Herzschrittmacher oder andere Implantate ? Wenn ja, welche, seit wann? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Hatten Sie jemals: <input type="checkbox"/> eine Kieferhöhlenentzündung? <input type="checkbox"/> Rheuma, Gelenkschwellung? <input type="checkbox"/> Chemotherapie? Weswegen? _____ <input type="checkbox"/> Bestrahlung? Wo? _____ <input type="checkbox"/> hormonelle Störung? <input type="checkbox"/> Tuberkulose? <input type="checkbox"/> Organerkrankung (Lunge, Leber, Niere etc.)? <input type="checkbox"/> eine andere ernsthafte Erkrankung? Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Besteht zurzeit eine Schwangerschaft ? Welche Woche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Haben oder hatten Sie eine Hepatitis (Gelbsucht, Leberentzündung)? Wenn ja, welche? A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Sind Sie HIV-positiv (AIDS)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? Wieviel? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Konsumieren Sie Drogen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich bestätige hiermit, alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt zu haben.

Datum _____

Unterschrift _____