

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? | ☐ | ☐ |
| - Werden/wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt? | ☐ | ☐ |
| Wenn ja, wegen welcher Krankheiten ? _____ | | |
| - Hatten Sie schon Operationen ? Wenn ja, welche? _____ | ☐ | ☐ |
| _____ | | |
| - Nehmen Sie zurzeit regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____ | ☐ | ☐ |
| _____ | | |
| - Leiden Sie unter Herz-Kreislaferkrankungen ? Wenn ja, bitte ankreuzen. | ☐ | ☐ |
| ☐ Zu hoher/zu tiefer Blutdruck ☐ Angina pectoris | | |
| ☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall | | |
| ☐ Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe | | |
| ☐ Herzinnenhautentzündungen (Endokarditis) | | ./. |



CENTRELLA ZAHNÄRZTE

	Ja	Nein
- Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ? Wenn ja, welche?	☐	☐
- Leiden sie unter einer Bluterkrankung ?	☐	☐
☐ Bluterkrankheit (Hämophilie) ☐ Blutarmut (Anämie)		
- Haben Sie einen Antikoagulationpass?	☐	☐
- Leiden Sie unter einer Stoffwechselerkrankung ?	☐	☐
☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Diabetes (Zuckerkrankheit)		
☐ Andere: _____		
- Haben Sie Allergien ? Haben Sie einen Allergiepass?	☐	☐
☐ Heuschnupfen ☐ Asthma		
☐ Penicillin Allergie ☐ Andere: _____		
- Reagieren Sie überempfindlich auf:	☐	☐
☐ Spritzen ☐ Medikamente		
☐ Mundspüllösungen ☐ Nahrungsmittel		
- Nehmen sie Bisphosphonate ein? (z.B. wegen Osteoporose)	☐	☐
- Tragen Sie Gelenkprothesen, Herzschrittmacher oder andere Implantate ?	☐	☐
Wenn ja, welche, seit wann? _____		
- Hatten Sie jemals:	☐	☐
☐ eine Kieferhöhlenentzündung?		
☐ Rheuma, Gelenkschwellung?		
☐ Chemotherapie? Weswegen? _____		
☐ Bestrahlung? Wo? _____		
☐ hormonelle Störung?		
☐ Tuberkulose?		
☐ Organerkrankung (Lunge, Leber, Niere etc.)?		
☐ eine andere ernsthafte Erkrankung? Wenn ja, welche?		

- Besteht zurzeit eine Schwangerschaft ? Welche Woche? _____	☐	☐
- Haben oder hatten Sie eine Hepatitis (Gelbsucht, Leberentzündung)?	☐	☐
Wenn ja, welche? A ☐ B ☐ C ☐		
- Sind Sie HIV-positiv (AIDS)?	☐	☐
- Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? Wieviel? _____	☐	☐
- Konsumieren Sie Drogen ?	☐	☐

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

Datum _____ Unterschrift _____