CENTRELLA ZAHNÄRZTE

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-Kreislauferkrankungen**? 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 _____