

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

gewisse Allgemeinkrankheiten bedingen Vorsichtsmassnahmen bei der zahnärztlichen Behandlung.

Wir bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen vollständig und korrekt auszufüllen.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSONALIEN

Name:	Vorname:
Name des gesetzlichen Vertreters:	
Strasse:	
PLZ/Ort:	Geburtsdatum:
Beruf:	Arbeitgeber:
Tel. Privat:	Tel. Geschäft:
Mobile:	E-Mail:
Hausarzt (Name, Ort):	
Sind Sie Sozial-/Fürsorgeempfänger?	
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?	

ALLGEMEINMEDIZINISCHE FRAGEN

Bemerkungen:

1	Waren Sie in den letzten 12 Monaten in allgemeinärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
2	Nehmen Sie zurzeit irgendetwelche Medikamente?			
	Osteoporose Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Blutverdünner	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	andere	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
3	Leiden bzw. litten Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen?			
	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Rheuma mit Gelenkschwellungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Nierenleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> hohen oder <input type="checkbox"/> niedrigen Blutdruck?		<input type="checkbox"/> nein	
	Asthma oder Lungenbeschwerden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Magen- oder Darmgeschwüre?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Epilepsie (Krampfanfälle)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Gelbsucht (Hepatitis ABC), HIV/AIDS, Tuberkulose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?
	Herzklappenfehler, oder haben Sie künstliche Herzklappen, oder einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?
	Besteht eine andere schwere Krankheit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?
4	Sind Sie allergisch auf Medikamente oder Materialien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?
5	Bluten Sie lange nach Verletzungen? Haben Sie eine schlechte Wundheilung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6	Hatten Sie je eine Tumorbehandlung mit Medikamenten oder Bestrahlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7	Haben Sie eine Gelenkprothese oder andere Implantate?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?

ZAHNMEDIZINISCHE FRAGEN

Bemerkungen:

8. Haben Sie das Gefühl, mit den Zähnen zu knirschen oder zu pressen? (evtl. nachts)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Haben Sie häufig Kopf-, Nacken-, oder Kaumuskelschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11. Besitzen Sie einen Zahnschutz, den Sie beim Sport tragen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12. Besitzen Sie eine Knirschiene?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13. Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14. Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15. Haben Sie manchmal das Gefühl, Mundgeruch zu haben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16. Bleiben Ihnen oft Speisereste zwischen den Zähnen hängen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17. Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege benutzen Sie bereits?	
18. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
was?	
seit wann?	
wie viel pro Tag?	
19. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung und das Inkasso notwendigen Patientendaten sowohl an die Rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution sowie an die staatlichen Instanzen (Betreibungsamt, Friedensrichteramt, zuständige Gerichte) weiterzuleiten.

Datum:

Unterschrift:
