

Anamnesebogen

Herzlich willkommen

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch noch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die «Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten» sind jederzeit in der Praxis einsehbar.

Persönliche Daten

| | | |
|----------------------------|----------------------|----------------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| _____ | | _____ |
| Strasse, Hausnummer | | PLZ, Ort |
| _____ | _____ | _____ |
| Telefon privat | Telefon geschäftlich | E-Mail |
| _____ | | _____ |
| Arbeitgeber, Name, Adresse | | Name des gesetzlichen Vertreters |

Kostenträger

Gibt es einen Kostenträger?

- Ergänzungsleistungen (AHV/IV) Sozialhilfeleistungen Liegt ein Unfall vor?

Name, Adresse

Terminerinnerung via

- Telefon SMS E-Mail keine Erinnerung

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- persönliche Empfehlung Homepage Werbung Social Media
 Google Sonstiges

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Falls es jedoch aus medizinischen Gründen zu Zeitverzögerungen kommen sollte, bitten wir Sie um Verständnis. Wenn Sie einmal aus dringenden Gründen einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

| | |
|------------|--------------|
| _____ | _____ |
| Ort, Datum | Unterschrift |

Ärztliche Behandlung

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Hausarzt/Facharzt

Name, Adresse, Telefon

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein und warum?

Präparat _____ Grund _____

Präparat _____ Grund _____

Präparat _____ Grund _____

Nehmen Sie oder haben Sie Bisphosphonate eingenommen? ja nein

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? ja nein

Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich? ja nein

Allergien

Reagieren Sie allergisch auf:

Aspirin, Ibuprofen, Paracetamol Penicillin

Tetracyclin Lokalanästhetikum

Chlorhexidin Latex

Metalle _____

Sonstiges? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Herzerkrankungen

Endokarditis? ja nein

Herzprobleme oder kardialer Stent innerhalb der letzten 6 Monate? ja nein

Herzschrittmacher/Defibrillator? ja nein

Herzklappenersatz? ja nein

Sonstiges? _____

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes? HbA_{1c}= _____ ja nein

Magen-Darm-Erkrankungen? ja nein

Schilddrüsenerkrankungen? ja nein

Osteoporose/Osteopenie? ja nein

Sonstiges? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Antworten und erkläre mich zudem mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie), Blutverdünnung (Marcumar)? ja nein

Blutarmut (Anämie)? ja nein

Sonstiges? _____

Infekte und organische Erkrankungen

Lebererkrankung (Hepatitis A/B/C)? _____ ja nein

Nierenerkrankung? _____ ja nein

Magenerkrankung? _____ ja nein

Atemwegserkrankung? _____ ja nein

MRSA? ja nein

Tuberkulose? ja nein

HIV/Aids? _____ ja nein

Sonstiges? _____

Sonstige Krankheitsbilder

Implantate? Jahr _____ ja nein

Hoher oder niedriger Blutdruck? ja nein

Schlaganfall? ja nein

Epilepsie/Krämpfe? ja nein

Autoimmunerkrankung? ja nein

Glaukom/grüner Star? ja nein

Ohrenschermerzen? ja nein

Hormonstörung? ja nein

Sonstiges? _____

Weitere Angaben

Rauchen Sie derzeit oder haben Sie früher geraucht? ja nein

Wenn ja, wie lange und wie viel? _____

Hatten Sie einen Unfall im Kiefer-/Gesichtsbereich? ja nein

Wenn ja, wann? Jahr _____

Gab es dabei:

Zahnlockerung? Kieferbruch?

Röntgen

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-/Kiefer-/Zahnbereich geröntgt? ja nein

Wenn ja, wo? _____

Schwangerschaft

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____