

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Personenangaben auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Personalien	
Name	Vorname
Name gesetzl. Vertreter	Adresse (gesetzl. Vertreter)
Strasse	
PLZ/Ort	Geburtsdatum
Beruf	Arbeitgeber
Tel. Privat	Tel. Geschäft
Natel	E-Mail
Hausarzt (Name, Ort)	
<input type="radio"/> Sind Sie Fürsorge- / Sozialempfänger?	<input type="radio"/> Haben Sie Anspruch auf IV-, AHV-Leistungen?
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? <input type="radio"/> Telefonbuch <input type="radio"/> Praxishomepage <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> von _____ empfohlen worden	

Waren Sie während der letzten Jahre im Spital oder in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wann und weshalb? _____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nahmen Sie in den letzten Wochen Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie in den letzten Wochen Blutverdünner genommen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion auf Injektionen / Speisen Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Leiden Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen, bzw. haben Sie eine durchgemacht?		
Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzprobleme / Herzerkrankungen? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schwierigkeiten mit langem Bluten? _____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Magenprobleme? _____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Zu hoher Blutdruck? _____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)? _____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schweres Rheuma? _____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Virushepatitis (Gelbsucht)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Haben Sie ein künstliches Gelenk?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Besitzen Sie einen Gesundheits-Risikopass (Blutverdünnung, Endokarditis)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nehmen Sie Osteoporosemedikamente ein?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche? _____		
Sind Sie HIV-Positiv (AIDS)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Leiden Sie an einer anderen, hier nicht aufgeführten Erkrankung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Rauchen Sie?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, wie viel am Tag? _____		
Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Leiden Sie manchmal unter Mundgeruch?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie öfter Kopf- oder Nackenschmerzen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Fühlen Sie sich beim Essen oder Sprechen eingeschränkt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie Angst oder Stress vor längeren Zahnbehandlungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Leiden Sie unter sensiblem Würgereiz?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wünschen Sie eine Lachgassedierung zur Entspannung?	<input type="radio"/> Eventuell	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Für Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Wie möchten Sie von uns an Ihre jährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

per Post per E-Mail per Telefon

Dürfen wir Sie über Neuheiten aus unserer Praxis per E-Mail informieren? (2–3 x pro Jahr)

Ja Nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten inklusive Röntgenbilder und Fotos zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen mit einer der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Person ausgetauscht werden dürfen (z.B. Inkasso).

Datum: _____ Unterschrift: _____

Wenn Sie einen Termin nicht einhalten können, informieren Sie uns bitte mindestens 24 Stunden im Voraus. Sie ersparen sich damit dessen Berechnung. Vielen Dank!