ANAMNESEFRAGEBOGEN

BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN Pat.Nr.:.....

Name Vorname

Strasse..... PLZ/Ort.....

Gesetzlicher Vertreter .....

Tel. Privat ..... Tel. Geschäft ..... Tel. Mobile .....

Termin-Erinnerung per SMS erwünscht: ☐ ja ☐ nein Staatszugehörigkeit.....

E-Mail

Beruf / Titel..... Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

Arbeitgeber (Name/Adresse) .....

Falls **AHV / IV oder Sozialamt** die Behandlung übernimmt: Name/Adresse:.....

Name/Adresse Ihres **Hausarztes/Zahnarztes** .....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? .....

☐ Überweisung durch ☐ Arzt ☐ Zahnarzt: Name..... ☐ Verwandte/Freunde/Bekannte

☐ Website ☐ Inserat, wo:..... ☐ Presse, welche:..... ☐ Andere: .....

Viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Durch das Ausfüllen dieses Fragebogens geben Sie uns wichtige Informationen über Ihren Gesundheitszustand und ermöglichen uns, die Behandlung individuell auf Sie anzupassen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Grund der Konsultation:.....

Sind/waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? .....☐ ja ☐ nein

Wenn ja, weswegen? .....

Haben Sie oder hatten Sie Hepatitis (Gelbsucht)?.....☐ ja ☐ nein

Schlafapnoe / Schnarchen?..... ☐ ja ☐ nein

Sind Sie HIV-positiv oder an AIDS erkrankt? .....☐ ja ☐ nein

Herzerkrankungen: Endokarditis (Herzinnenhautentzündung).....☐ ja ☐ nein

Herzklappenfehler / künstliche Herzklappen.....☐ ja ☐ nein

Angina pectoris oder Herzinfarkt .....☐ ja ☐ nein

Zu hoher / zu tiefer Blutdruck .....☐ ja ☐ nein

Bluterkrankungen: Blutarmut .....☐ ja ☐ nein

Hämophilie (Blutungsneigung) .....☐ ja ☐ nein

Sind Sie antikoaguliert (Blutverdünnung)?.....☐ ja ☐ nein

Haben Sie Diabetes?.....☐ ja ☐ nein

Haben Sie Magen- oder Darmprobleme? .....☐ ja ☐ nein

Haben Sie Allergien? Wenn ja, worauf? .....☐ ja ☐ nein

Reagieren Sie überempfindlich auf Spritzen? .....☐ ja ☐ nein

Rauchen Sie? Wie viel? .....☐ ja ☐ nein

Hatten Sie jemals Rheuma, Osteoporose oder Organtransplantationen? .....☐ ja ☐ nein

Haben Sie diesbezüglich Medikamente oder Injektionen bekommen?..... ..☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein?.....☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?.....

Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, welche?.....☐ ja ☐ nein

Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen? .....☐ ja ☐ nein

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Welche Woche? .....☐ ja ☐ nein

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich damit einverstanden, dass die in der Praxis Dr. Ivanovic und Dr. Staub erstellte Krankengeschichte sowie meine Patientendaten für medizinische und verbundene Zwecke (wie z.B. Abrechnung), soweit notwendig Dritten (z.B. externe Ärzte, Versicherungen, Inkassostellen und andere Dienstleister wie bspw. Dentallabor) zugänglich gemacht werden.

Kerzers, den..... Unterschrift:.....