



Patientenblatt / Anamnesebogen

Bitte in **Blockschrift** und **vollständig** ausfüllen

Personalien	
Name / Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse:	PLZ / Ort:
Tel. privat:	Tel. mobil:
Tel. berufl.:	E-Mail:
Beruf:	Zivilstand:
Staatszugehörigkeit:	Ausweis: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ci <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N
AHV-Nr.:	Hausarzt:
Gesetzlicher Vertreter Name, Vorname Adresse, Beruf	-----
Empfohlen durch:	
Grund der Konsultation:	Letzter Zahnarztbesuch:

Sind Sie momentan gesund? Ja Nein → in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Weshalb? _____

Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Spital? Ja Nein

Weshalb? _____

Hatten Sie je eine schwere Operation? Ja Nein

Weshalb? _____

Hatten oder haben Sie:

- Schwierigkeiten mit langem Bluten? Ja Nein Blutverdünner? Ja Nein
 - Herz- oder Blutkrankheiten? Herzfehler? Ja Nein Endokarditispass? Ja Nein
 - Kreislaufstörungen? Ja Nein Hoher Blutdruck? Ja Nein
 - Zuckerkrankheit (Diabetes Typ 1 oder Typ 2)? Ja Nein Insulin? Ja Nein
 - Knochenkrankheiten (Osteoporose)? Ja Nein Osteoporosemittel? Ja Nein
 - Asthma, Lungenkrankheiten? Ja Nein Cortison? Ja Nein
 - Allergien (z.B. Penicillin, Jod, Latex)? Ja Nein Worauf? _____
 - Ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente? Ja Nein
 - Haben Sie jemals einen HIV-Test gemacht? Ja Nein
 - Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV)? Ja Nein Was? _____
 - Epileptische Anfälle? Ja Nein Antiepileptika? Ja Nein
 - Haben Sie eine Gelenkprothese o. ä.? Ja Nein Welche? _____
 - Haben Sie eine andere Erkrankung? Ja Nein Welche? _____
 - Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Ja Nein
- Welche? _____

Rauchen Sie? Ja Nein Wie viel? _____

Beziehen Sie Ergänzungs- oder andere Leistungen? Nein Ergänzungsleistung / IV Sozialhilfe

Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnfarbe? Ja Nein Zahnstellung? Ja Nein

Schnarchen Sie? Ja Nein

Für Frauen: Sind Sie schwanger? Ja Nein In welchem Monat? _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Personen und Institutionen, welche für die Fakturierung, das Inkasso und die Buchhaltung beauftragt sind, die notwendigen Angaben erhalten dürfen, sowie meine Daten und Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien und Ausdrucke zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen oder Informationen mit meiner/m Hausärztin/arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen ausgetauscht werden dürfen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mir - falls notwendig - eine Lokalanästhesie gegeben wird, (örtliche Betäubung). Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (Taubheitsgefühl, Kribbeln). Die Irritationen verschwinden in aller Regel wieder. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung die aktive Teilnahme am Strassenverkehr für mehrere Stunden mit einem erhöhten Risiko einhergehen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____