

# Anamnesebogen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschliesslich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben.  
Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

**Patient:** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Gesetzl. Vertreter:** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

**Adresse:** Strasse / Nr. : \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

**Tel. Nr.:** Privat: \_\_\_\_\_ Geschäft: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Empfohlen durch: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_ Zivilstand: Ledig  Verheiratet

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Name & Anschrift des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Bitte ausfüllen / ankreuzen

	Ja	Nein
<u>Ich möchte mit einem Brief für den Untersuch und für die Zahnreinigung aufgeboten werden?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Herzerkrankungen:</b>		
Herzschwäche (Insuffizienz).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unregelmässiger Herzschlag (Arrhythmien) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzasthma, Angina pectoris.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kreislaufferkrankungen:</b>		
zu hoher Blutdruck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu niedriger Blutdruck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt, wann?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme gerinnungshemmender Medikamente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stoffwechselerkrankungen:</b>		
Zuckerkrankheit (Diabetes).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magendarmmerkrankung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erkrankung des Nervensystems:</b>		
Epileptiforme Anfälle / Krämpfe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bluterkrankungen:</b>		
Blutungsneigungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutarmut.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allergien:</b>		
Ekzeme, Asthma, Penicillin-Überempfindlichkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besitzen sie einen Allergiepass?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Infektionskrankheiten:</b>		
Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A,B,C,D oder E?).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS, HIV .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronische Erkrankungen der Atemwege – Husten etc. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Immunsystem:</b>		
Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sonstige Erkrankungen:</b>		
_____		

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit: \_\_\_\_\_

<b>Weitere Angaben:</b>		
Sind oder waren Sie drogenabhängig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie frisch operiert? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann wurden zum letzten mal Röntgenaufnahmen ihres Kiefers oder ihrer Zähne gemacht: _____		
Wie lange waren Sie nicht mehr beim Zahnarzt? _____		
Sind Sie schwanger? (Welcher Monat? _____).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift verzichte ich auf die Schweigepflicht des Arztes gegenüber der Inkassostelle falls eine Betreuung eingeleitet werden muss.

Sirnach den: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Wir danken Ihnen für Ihre Angaben.**