

Personalien und Anamneseblatt

Alle Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis

Füllen Sie den Fragebogen bitte vollständig und gut lesbar aus. Besten Dank.

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Telefon privat _____
Telefon Geschäft _____
Beruf _____ Natel _____
Adresse _____ e-mail _____
PLZ, Wohnort _____

Vorname des Vaters / der Mutter / des gesetzlichen Vertreters (bei Kindern unter 18. Jahren)

Hausarzt _____

Grund der Konsultation

Falls Sie eine Zahnversicherung haben, bitte Police-Nummer und Versicherung angeben.

Falls Sie Ergänzungsleistungen beziehen, bitte Adresse der Bezugsstelle angeben.

Bei Unfällen, bitte Police-Nummer und Unfallversicherung angeben.

Ich bin auf die Zahnarztpraxis aufmerksam geworden durch:

- Die Homepage _____
- Empfehlung von Bekannten _____
- Das Telefonbuch _____
- Andere Medien, welche? _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte wenden

ANAMNESE

Bitte kreuzen Sie das entsprechende Feld mit JA / NEIN an oder ergänzen Sie.

- | | JA | NEIN |
|---|--|--|
| 1. Nehmen Sie zur Zeit regelmässige Medikamente ein
Wenn Ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Vertragen Sie gewisse Medikamente nicht, wie zum Beispiel
Jod, Penicillin, Chlorhexidin usw.? welche? _____ | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie Asthma oder Heuschnupfen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Leiden Sie an Allergien, wie Lebensmittel, Metalle usw.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Blutet es lange, wenn Sie sich verletzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hatten Sie schon Kreislaufstörungen oder Herzprobleme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie Blutverdünnung? Quickwert = _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Leiden Sie an starkem Rheuma oder anderen Gelenkkrankheiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben oder hatten Sie eine andere ernsthafte Erkrankung, wie
Gelbsucht (Hepatitis A/B/C), HIV
Epilepsie, Diabetes oder andere? Welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Mussten Sie sich in den letzten 5 Jahren einer Operation unterziehen?
Welcher / Welchen? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Rauchen Sie?
Wenn Ja, wie viele? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Für Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Monat: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Aktualität, Vollständigkeit und Richtigkeit der Antworten bezüglich der gestellten und von mir verstandenen Fragen.

Datum: _____

Unterschrift: _____