



ANAMNESEBOGEN

PATIENT

| | | | |
|------------------------|-----|--------------|--|
| VORNAME UND NAME | | GEBURTSDATUM | |
| STRASSE UND HAUSNUMMER | | | |
| PLZ | ORT | | |
| TELEFON TAGSÜBER | | EMAIL | |
| ANMERKUNG | | | |

VERSICHERUNG

Wie sind Sie krankenverichert?

- gesetzlich privat freiwillig versichert
 beihilfeberechtigt zusatzversichert

KRANKENKASSE

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer für Ihre Gesundheitsvorsorge? Wenn ja:

| | |
|------------------|---------|
| VORNAME UND NAME | TELEFON |
|------------------|---------|

ALLGEMEINE KRANKENGESCHICHTE

Werden Sie zur Zeit wg. einer Erkrankung ärztlich behandelt?
Falls ja, um welche handelt es sich?

Haben/Hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- Herzerkrankung (z.B. Infarkt, Bypass)? ja nein
 Künstliche Herzklappe, künstliche Gelenke? ja nein
 Bluthochdruck? ja nein
 Lungen- oder Atemwegserkrankung? ja nein
 Magen-Darm Erkrankung? ja nein
 Krampfleiden (Epilepsie)? ja nein
 Lebererkrankung? ja nein
 Erkrankungen des Blutes/Blutungsleiden? ja nein
 Schwere Infektion (Hepatitis, HIV, AIDS)? ja nein
 Diabetes oder Stoffwechselerkrankung? ja nein

Nehmen Sie Medikamente? — Wenn ja, welche?

*Bitte wenden
umfragen*

SPEZIELLE FRAGEN ZUR GESUNDHEIT DES KAUSYSTEMS

Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung beeinflussen?

Marcumar ASS

Besteht eine Allergie gegen Medikamente?

Penicillin Schmerzmittel

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt?

Sind Sie schwanger? ja nein

Haben Sie Beschwerden beim Kauen? ja nein

Haben Sie empfindliche Zähne
 (z.B. heiss-kalt, süss-sauer)? ja nein

Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden
 (z.B. Knacken, Schmerzen)? ja nein

Haben Sie häufig einen schlechten Geschmack im Mund? ja nein

Leiden Sie unter Mundgeruch? ja nein

Würden Sie sich als Angstpatient bezeichnen? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Möchten Sie etwas am Aussehen Ihrer Zähne verbessern? ja nein

Ist in der Vergangenheit eine Parodontosebehandlung
 durchgeführt worden? ja nein

Haben Sie in der Vergangenheit regelmässig eine
 professionelle Zahnreinigung erhalten? ja nein

Wünschen Sie eine Benachrichtigung zu den
 erforderliche Kontrolluntersuchungen? ja nein

Sind Sie zur Zeit in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Sind Sie zur Zeit in physiotherapeutischer Behandlung
 (z.B. Krankengymnastik)? ja nein

Haben Sie Zahnersatz? Wenn ja, sind Sie zufrieden? ja nein

**Besuchen Sie
 unsere Praxis aufgrund
 einer persönlichen
 Empfehlung?**

ja nein

Jetzt haben Sie es fast geschafft!

Sie können hier noch eine persönliche Anmerkung anfügen.

Liebe Patientin, lieber Patient, bitte beachten Sie dass eine Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) die aktive Teilnahme am Strassenverkehr (z.B. Auto, Fahrrad) gefährden kann.

DATUM

UNTERSCHRIFT

Dankeschön!