

## Anamneseblatt

Anrede: <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	
Name:	Vorname:
Strasse, Nr.:	PLZ, Ort:
Tel. Privat:	Tel. Geschäft:
Handy-Nr.:	Geburtsdatum:
Email Adresse:	
Nationalität:	Beruf:
Erhalten Sie Unterstützung der Ergänzungsleistung oder der Sozialhilfe?	
<input type="checkbox"/> Nein <span style="float: right;">Adresse: .....</span> <input type="checkbox"/> Ja, Ergänzungsleistung <span style="float: right;">.....</span> <input type="checkbox"/> Ja, Sozialhilfe <span style="float: right;">.....</span>	
<b>Gesetzliche/r Vertreterin/Vertreter:</b>	
Anrede: <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	
Name, Vorn.: .....	Tel. Privat: .....
Strasse, Nr.: .....	Tel. Geschäft: .....
PLZ, Wohnort: .....	Handy-Nr.: .....
<b>Hausarzt/ behandelnder Arzt:</b>	<b>Kinderarzt:</b>
Name: .....	Name: .....
Adresse: .....	Adresse: .....
Telefonnummer: .....	Telefonnummer: .....
<b>Grund des Besuches:</b>	
.....	
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?	
.....	
Die Einnahme von Medikamenten sowie Ihr aktueller Gesundheitszustand können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb, den Fragebogen auf der Rückseite auszufüllen	
<b>Bitte wenden</b>	



## Fragen zum Gesundheitszustand

- | Ja                       | Nein                     |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Waren Sie während den letzten fünf Jahren im Spital oder in ärztlicher Behandlung?<br>Wenn ja, wegen welchen Krankheiten?.....<br>Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche?.....<br>.....   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie Allergien? (Penicillin, Jod, Latex) .....  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?..... Seit wann?.....<br>Haben oder hatten Sie:   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | zu hoher/zu tiefer Blutdruck? Wert:.....   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angina pectoris? .....   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzinfarkt? .....   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzklappenfehler, künstl. Herzklappe? .....   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie einen Herzschrittmacher?.....  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzinnenhautentzündungen (Endokarditis)? .....  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Müssen Sie antibiotisch abgeschirmt werden?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluterkrankheit (Hämophilie)? .....  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutarmut (Anämie)?.....   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes (Zuckerkrankheit)? .....  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leiden Sie unter Asthma oder Heuschnupfen?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rheuma, Gelenkschwellungen?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verdauungsstörungen, Magen-Darmprobleme?.....  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberkulose?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis? A , B , C   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HIV / Aids?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Welche Woche?.....   |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und die Richtigkeit der oben stehenden Angaben. Ich bin einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt Daten (für die Rechnungsstellung, Buchführung und das Inkasso) an die hierfür beauftragten Institutionen weiterleiten darf.  
In Notfallsituationen oder vor wichtigen und dringenden Therapieschritten entbinde ich den behandelnden Zahnarzt von der ärztlichen Schweigepflicht und erteile ihm die Erlaubnis, Daten und Angaben beim Hausarzt oder dem behandelnden Arzt einzuholen oder an ihn weiterzuleiten, sofern dies meiner Sicherheit dient.

Zürich, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_