



Anamneseblatt

Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____

Mobiltelefon: _____ E-Mail: _____

Zahnarzt/-ärztin: _____

Hausarzt/-ärztin: _____

Überweisung durch Arzt , Zahnarzt , Sonstige , Name und Adresse: _____

Welches besondere Anliegen führt Sie zu diesem Zahnarztbesuch? Bitte in jedem Fall ausfüllen

Schmerzen , Beratung , Zweitmeinung , Unfall , Sonstiges : _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam: Bekannte , Presse , Vortrag , Internet , Sonstige : _____

Sind Sie Fürsorge- Sozialhilfeempfänger , haben Sie Anspruch auf Ergänzungsleistungen zur AHV/IV

oder werden Sie von der Gemeinde unterstützt

Möchten Sie die Rechnungsstellung per E-Mail , Terminerinnerung per SMS oder per E-Mail

Name und Sektion der Krankenkasse/Versicherung: _____

AHV-Nummer: _____

Gesetzliche*r Vertreter*in: _____

Name, Vorname und Adresse: _____

Zahnmedizinische Fragen:

J ? N

Haben Sie Schmerzen an Zähnen , am Zahnfleisch , im Ober- oder Unterkiefer ?

Haben Sie oft Aphten , Fieberbläschen , Entzündungen der Mundschleimhaut , Mundtrockenheit ,
Mundbrennen , Schleimhautveränderungen , Prothesendruckstellen , Sonstiges : _____

Wie oft? täglich , mehrmals wöchentlich , gelegentlich

Hatten Sie einen Zahnunfall?

Wenn ja, erfolgte eine Meldung bei der Unfallversicherung?

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie häufig Kopf-, Nacken-, Schulter- oder Kaumuskelschmerzen?

Haben Sie manchmal das Gefühl, Mundgeruch zu haben?

Benutzen Sie Mundhygienehilfsmittel wie Zahnseide , Zahnzwischenraumbürstchen , Mundspüllösung ,
Sonstiges : _____

Wie oft? täglich , mehrmals wöchentlich , gelegentlich

Gehen Sie regelmässig zum Zahnarzt? halbjährlich , jährlich , gelegentlich

Wann war die letzte Konsultation?

Konsultationsgrund: Kontrolle , Schmerzen , Sonstiges : _____

Wurden Sie schon von einer Dentalhygienikerin behandelt?

Hatten Sie je ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Spritzen?

Hatten Sie sonstige Probleme bei früheren zahnärztlichen Behandlungen?
Schmerzen / Schwellung , Nachblutung , Materialunverträglichkeit ,
Probleme mit Zahnersatz , Angst , Sonstiges : _____

Fragen zum Gesundheitszustand:

J ? N

Fühlen Sie sich zurzeit krank?

Waren Sie im letzten Jahr in ärztlicher Behandlung?

Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Krankenhaus? Weshalb? _____

Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Medikamente / Ernährungsergänzungsmittel?

Bitte alle aktuell eingenommenen Präparate auf beiliegender Medikamentenliste eintragen!

Bitte auch die Rückseite dieses Formulars vollständig ausfüllen!

Haben oder hatten Sie eine/einen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Herz-Kreislaufferkrankungen: :

- zu hohen oder zu tiefen Blutdruck?
- Herzbeschwerden/Schmerzen in der Brust bei Anstrengung (Angina pectoris)?
- Schwindel?
- Ohnmachtsanfälle?
- Herzrhythmusstörungen (z. B. Herzjagen)?
- Herzinfarkt?
- Schlaganfall?
- Atemnot nach kleineren Anstrengungen?
- angeborenen Herzfehler?
- Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)?
- Herzschrittmacher?
- Herzklappenoperation?

Atemwegserkrankungen:

- Nasennebenhöhlenentzündung (Sinusitis)?
- Angina?
- chronische Bronchitis / Lungenentzündung?
- beim Husten Blut im Auswurf?
- Tuberkulose?
- Schnarchen Sie?

Bluterkrankungen:

- Blutkrankheit – wenn ja, welche?

- Blutarmut (Anämie)?
- Dialyse?
- je blutverdünnende Medikamente eingenommen (z. B. Marcoumar, Sintrom)?

Allergische Reaktionen:

- Asthma?
- Heuschnupfen?
- Hautausschläge?
- Überempfindlichkeitsreaktionen auf Medikamente (z. B. Lokalanästhetika , Penicillin , andere Antibiotika , Staub , Jod , Sulfonamide , Schmerzmittel , Lebensmittel , Pollen , Kunststoffe ? Sonstiges _____

Rheumatische und / oder Gelenkserkrankungen:

- Arthritis?
- Rheuma mit Gelenkschwellungen?
- künstlicher Gelenkersatz?

Chronische Schmerzen?

- Kopfschmerzen, Migräne

Stoffwechselerkrankungen:

- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?
- Schilddrüsenerkrankung?
- schlechte Wundheilung?
- hormonelle Störungen, Hormontherapie?

Neurologische / psychische Erkrankungen:

- Demenz?
- Depression?
- hormonelle Störungen, Hormontherapie?
- Morbus Parkinson?
- Epilepsie?
- Multiple Sklerose (MS)?

Andere Erkrankungen:

- Augenleiden?
- Höreinschränkung, Tinnitus?
- Nierenerkrankungen?
- Niereninsuffizienz?
- Magen-Darmerkrankungen (z. B. Geschwüre)?
- Lebererkrankungen (Hepatitis)?
- Osteoporose?
- Tumorleiden?
- Tumorbehandlung mit Medikamenten (Chemotherapie) oder Bestrahlung?
- Tumor- oder Osteoporosebehandlung mit Bisphosphonaten?
- Erbkrankheiten?
- Haben Sie einen HIV-Test gemacht?

Wenn ja, wann? _____

- Nehmen Sie Drogen?
- Rauchen Sie? was? _____ wie viel? _____
- Trinken Sie regelmässig Alkohol?
- Rauchfreie Tabakwaren (Snus)?

Gesundheitsausweise, Verfügungen:

- Gesundheitsausweis (Blutverdünnung, Allergie, Endokarditis u.a.)

Nur Patientinnen:

- Sind Sie schwanger?

Ich erkläre mich einverstanden, dass Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inkl. Röntgenbilder oder Fotos, deren Kopien oder Ausdrucke für medizinische Zwecke anderen auch der Schweigepflicht unterstehenden Medizinalpersonen mitgeteilt oder auf Anfrage zugestellt werden können, bzw. dass für die Rechnungsstellung, Inkasso und Buchführung notwendige Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden dürfen. Auch diese unterliegen der Schweigepflicht.

Datum und Unterschrift der Patientin / des Patienten

Datum und Überprüfung von