

A n a m n e s e b l a t t

Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Tel.-Privat: _____ Tel.-Geschäft: _____

Mobiltelefon: _____ E-Mail: _____

Hausarzt: _____ Empfohlen durch: _____

AHV-Nr: _____

Name und Sektion der Krankenkasse/Versicherung: _____

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?: _____

Sind Sie Sozialhilfeempfänger? Ja Nein

Haben Sie Anspruch auf Ergänzungsleistungen zur AHV/IV ? Ja Nein

Bei Kindern:

Gesetzlicher Vertreter: Name, Vorname und Adresse:

Zahnmedizinische Fragen:

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches? _____

Jahreskontrolle Schmerzen Beratung Zweitmeinung Unfall Sonstiges

Wann erfolgte die letzte zahnärztliche Jahreskontrolle: _____

Wann erfolgte die letzte DH-Behandlung: _____

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

Haben Sie häufig Kopf-, Nacken-, Schulter oder Kaumuskel Schmerzen? Ja Nein

Haben Sie manchmal das Gefühl Mundgeruch zu haben? Ja Nein

Haben Sie einen Zahnersatz? Ja Nein

Wenn ja: können Sie gut damit Essen, sind Sie damit zufrieden? Ja Nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden? Ja Nein

Hätten Sie gerne weissere Zähne? Ja Nein

Sind Allergien bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Hatten Sie je ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Spritzen? Ja Nein

Hatten Sie sonstige Probleme bei früheren zahnärztlichen Behandlungen? Ja Nein

Nachblutungen Materialunverträglichkeit Probleme mit Zahnersatz

Sonstiges: _____

Wie gross ist Ihre Angst beim Zahnarzt? 0 ← keine Angst bis → 10 sehr grosse Angst

Wünschen Sie eine Behandlung unter Lachgas? Ja Nein

bitte wenden

Fragen zum Gesundheitszustand allgemein:

Haben Sie eine ernsthafte Erkrankung? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, warum? _____

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Krankenhaus? Ja Nein
Wenn ja, weshalb? _____

Rauchen Sie? Ja Nein
Wenn ja, wie viele Zig./Tag _____

Haben Sie einen Gesundheitsausweis? Ja Nein

Blutverdünner: _____

Allergie: _____

Endokarditis: _____

oder andere: _____

Bei Frauen: Sind Sie schwanger? Ja Nein

Ich erkläre mich einverstanden, dass Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inkl. Röntgenbilder oder Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke für medizinische Zwecke anderen Medizinalpersonen mitgeteilt oder auf Anfrage zugestellt werden können. Diese Personen unterstehen ebenfalls der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum: _____ **Unterschrift des Patienten:** _____

Datum und Überprüfung von: _____