

Anamneseblatt

Ihr Gesundheitszustand kann Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Patientin / Patient Frau Herr

E-Mail _____

Name _____ Tel. privat _____

Vorname _____ Tel. Geschäft _____

Strasse & Nr. _____ Mobil-Tel. _____

PLZ, Ort _____ Nationalität _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

Versicherung Krankenkasse: _____ Zahnzusatz Unfall: _____

Erhalten Sie Unterstützung der Ergänzungsleistung der Sozialhilfe oder keine Unterstützung?

Gesetzliche/r Vertreterin/Vertreter

Frau Herr

Name, Vorname _____ Tel. privat _____

Strasse & Nr. _____ Tel. Geschäft _____

PLZ, Ort _____ Mobil-Tel. _____

Hausärztin/-arzt Behandelnde/r Ärztin/Arzt Kinderärztin/-arzt

Frau Herr

Name, Vorname _____ PLZ, Ort _____

Strasse & Nr. _____ Tel. Geschäft _____

Mobil-Tel. _____

Privatzahnärztin/-arzt

Frau Herr

Name, Vorname _____ PLZ, Ort _____

Strasse & Nr. _____ Tel. Geschäft _____

Mobil-Tel. _____

Grund des Klinikbesuches: _____

Durch welchen Arzt/Ärztin oder Zahnärztin/Zahnarzt wurden Sie überwiesen? Name, Vorname _____

Strasse & Nr. _____

PLZ, Ort _____

Fragen zum Gesundheitszustand

01. Werden/wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt? Ja Nein
Wenn ja, wegen welcher **Krankheiten**? _____

02. Hatten Sie schon **Operationen**? Wenn ja, welche? _____ Ja Nein

03. Haben oder hatten Sie eine **Hepatitis** (Gelbsucht, Leberentzündung)? Ja Nein

04. Nehmen Sie zurzeit regelmässig **Medikamente** ein? Wenn ja, welche? Ja Nein

_____ Ja Nein

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? (z.B. wegen Osteoporose) Ja Nein

05. Leiden Sie unter **Herz-Kreislaufkrankungen**? Wenn ja, bitte ankreuzen. Ja Nein
 Zu hoher/zu tiefer Blutdruck Wert: Angina pectoris
 Herzinfarkt Schlaganfall
 Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe Herzinnenhautentzündungen (Endokarditis)
06. Sind Sie **HIV-positiv**? Ja Nein
07. Leiden Sie unter **einer Bluterkrankung**? Wenn ja, bitte ankreuzen. Ja Nein
 Bluterkrankheit (Hämophilie) Blutarmut (Anämie)
 Nehmen Sie **blutverdünnende Medikamente**? Ja Nein
08. Leiden Sie unter einer **Stoffwechselerkrankung**? Wenn ja, bitte ankreuzen. Ja Nein
 Schilddrüsenerkrankung Diabetes (Zuckerkrankheit)
 Andere: _____
09. Haben Sie **Allergien**? Wenn ja, bitte ankreuzen. Ja Nein
 Heuschnupfen Asthma Andere: _____
 Reagieren Sie überempfindlich auf:
 Spritzen Medikamente
 Mundspüllösungen Nahrungsmittel?
10. Hatten Sie jemals:
 eine Kieferhöhlenentzündung? Chemotherapie? Weswegen? _____
 Rheuma, Gelenkschwellungen?
 Verdauungsstörungen? Bestrahlung? Wo? _____
 hormonelle Störungen? eine andere ernsthafte Erkrankung?
 Tuberkulose? Wenn ja, welche?
 Organerkrankungen (Lunge, Leber, Niere etc.)? _____
11. Besteht zurzeit eine **Schwangerschaft**? Welche Woche? _____ Ja Nein
12. Tragen Sie **Gelenkprothesen, Herzschrittmacher** oder **andere Implantate**? Ja Nein
 Welche? _____
13. Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? Was? _____ Wieviel? _____ Ja Nein
14. Leiden Sie unter **Mundgeruch**? Ja Nein
15. Besitzen Sie einen **Zahnschutz**, den Sie regelmässig beim Sport tragen? Ja Nein
 Hatten Sie vor kurzem einen **Zahnunfall**? Ja Nein

Ich nehme zur **Kenntnis**, dass die Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen oder Informationen mit meiner Ärztin/meinem Arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen, wie Versicherungen etc., ausgetauscht werden und dass die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden.

Datum:

Unterschrift:

Ich bin **einverstanden**, dass mir – falls notwendig – eine Lokalanästhesie gegeben wird (örtliche Betäubung). Ich bin darüber **informiert**, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (anhaltendes Taubeitsgefühl, Kribbeln), die in aller Regel wieder verschwinden. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung bei aktiver Teilnahme am Strassenverkehr für mehrere Stunden ein erhöhtes Unfallrisiko besteht.

Datum:

Unterschrift:

Ich bin **einverstanden**, dass alle über mich erhobenen Daten, Gewebeproben und entfernte Zähne unter strikter Einhaltung der Vertraulichkeit und in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke in der medizinischen Forschung verwendet werden können. Daten können ebenfalls unter Einhaltung strikter Vertraulichkeit zu Prüf- und Kontrollzwecken von den zuständigen Behörden und der kantonalen Ethikkommission eingesehen werden. Diesbezüglich sind die behandelnden Zahnärztinnen und –ärzte vom Patientengeheimnis befreit. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen (Vetorecht), ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.

Datum:

Unterschrift: