

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	<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Herr	E-Mail	_____
Name	_____		Tel. privat	_____
Vorname	_____		Tel. Geschäft	_____
Strasse & Nr.	_____		Mobil-Tel.	_____
PLZ, Ort	_____		Nationalität	_____
Geburtsdatum	_____		Beruf	_____

Versicherung Krankenkasse: Zahnzusatz: Unfall:
Nr.: _____

Erhalten Sie Unterstützung der Ergänzungsleistung der Sozialhilfe oder keine Unterstützung?

Gesetzliche/r Vertreterin/Vertreter

	<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Herr		
Name, Vorname	_____		Tel. privat	_____
Strasse & Nr.	_____		Tel. Geschäft	_____
PLZ, Ort	_____		Mobil-Tel.	_____

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

	<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Herr	PLZ, Ort	_____
Name, Vorname	_____		Tel. Geschäft	_____
Strasse & Nr.	_____		Mobil-Tel.	_____

Privatzahnärztin/-arzt

	<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Herr	PLZ, Ort	_____
Name, Vorname	_____		Tel. Geschäft	_____
Strasse & Nr.	_____		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

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
- Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe
- Schlaganfall
- 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?
 Wenn ja, welche? _____
 Tuberkulose?
 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? Ja Nein
 Was? _____ Wieviel? _____
-
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 Taubheitsgefühl, 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: _____