



Anamneseblatt

Name: _____ Vorname: _____
 Strasse Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____
 Geburtsdatum: _____ Beruf: _____
 Mobiltelefon: _____ Tel. Geschäft: _____
 Tel. Privat: _____ E-Mail: _____
 Zahnarzt: _____ Hausarzt: _____

Gesetzlicher Vertreter bei Kindern oder gesetzlicher Vormundschaft:

Name, Vorname und Adresse: _____

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 , Zeitung , Internet , Sonstige : _____

Name der Krankenkasse/Versicherung: _____

Zahnmedizinische Zusatzversicherung _____

Zahnmedizinische Fragen

Haben Sie Schmerzen - an Zähnen , am Zahnfleisch , im Ober- oder Unterkiefer ?
 Haben Sie oft - Aphthen , Fieberbläschen , Entzündungen der Mundschleimhaut ?
 - Mundtrockenheit , Mundbrennen , Schleimhautveränderungen ?
 - Prothesendruckstellen , Sonstiges : _____

	J	?	N
Hatten Sie einen Zahnunfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, erfolgte eine Meldung bei der Unfallversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufig Kopf-, Nacken-, Schulter- oder Kaumuskel Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal das Gefühl, Mundgeruch zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen Sie regelmässig zum Zahnarzt? halbjährlich <input type="checkbox"/> , jährlich <input type="checkbox"/> , gelegentlich <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann war die letzte Konsultation? _____			
Wurden Sie schon von einer Dentalhygienikerin behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie je ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Spritzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie sonstige Probleme bei früheren zahnärztlichen Behandlungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen / Schwellung <input type="checkbox"/> , Nachblutung <input type="checkbox"/> , Materialunverträglichkeit <input type="checkbox"/> , Probleme mit Zahnersatz <input type="checkbox"/> , Angst <input type="checkbox"/> , Sonstiges <input type="checkbox"/> : _____			

Fragen zum Gesundheitszustand

	J	?	N
Fühlen Sie sich zurzeit gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie im letzten Jahr in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja weshalb? _____			
Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte alle aktuell eingenommenen Präparate auf beiliegender Medikamentenliste eintragen!

Bitte auch die Rückseite dieses Formulars vollständig ausfüllen!

Haben oder hatten Sie? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Wenn Sie die **dick gedruckte Frage** mit NEIN beantworten, springen Sie bitte zum nächsten Abschnitt. Danke.

Herz-Kreislaufferkrankungen: **J** **?** **N**

- Wenn **JA** welche ?
- zu hohen oder zu tiefen Blutdruck?
 - Herzbeschwerden/Schmerzen in der Brust bei Anstrengung (Angina pectoris)?
 - Schwindel?
 - Ohnmachtsanfälle?
 - Herzrhythmusstörungen (z.B. Herzjagen)?
 - einen Herzinfarkt?
 - einen Schlaganfall?
 - Atemnot nach kleineren Anstrengungen?
 - geschwollene Beine?
 - Durchblutungsstörungen im Arm oder Bein?
 - einen angeborenen Herzfehler?
 - Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)?
 - einen Herzschrittmacher?
 - eine Herzklappenoperation?

Atemwegserkrankungen: **J** **?** **N**

- Wenn **JA** welche?
- Nasennebenhöhlenentzündung (Sinusitis)?
 - Angina?
 - chronische Bronchitis / Lungenentzündung?
 - beim Husten Blut im Auswurf?
 - Tuberkulose?
 - Atembeschwerden beim Treppensteigen?
 - Atembeschwerden beim Schlafen?
 - Schnarchen Sie?

Bluterkrankungen: **J** **?** **N**

- Wenn **JA** welche?
- eine Blutkrankheit – wenn ja, welche?
-
- eine Blutarmut (Anämie)?
 - eine verlängerte Blutungszeit?
 - leicht entstehende blaue Flecken?
 - Bluttransfusionen?
 - eine Dialyse?
 - je blutverdünnende Medikamente eingenommen (z.B. Marcoumar, Sintrom)?
 - ein Blutspende-Verbot?

Allergische Reaktionen: **J** **?** **N**

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

Rheumatische und oder Gelenkerkrankungen: **J** **?** **N**

- Arthritis?
- Rheumatisches Fieber, Rheuma mit Gelenkschwellungen?
- künstlicher Gelenkersatz?

Haben Sie chronische Schmerzen? **J** **?** **N**

Stoffwechselerkrankungen: **J** **?** **N**

- Wenn **JA** welche?
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?
 - eine Schilddrüsenerkrankung?
 - häufig Durst?
 - häufigen Harndrang?
 - eine schlechte Wundheilung?
 - hormonelle Störungen, Hormontherapie?

Neurologische / psychische Erkrankungen **J** **?** **N**

- Wenn **JA** welche?
- eine Demenz?
 - eine oder mehrere Depressionen?
 - Morbus Parkinson?

Andere Erkrankungen: **J** **?** **N**

- Wenn **JA** welche?
- ein chronisches Augenleiden?
 - Nierenerkrankungen?
 - eine Niereninsuffizienz?
 - Magen-Darmerkrankungen (z.B. Geschwüre)?
 - Appetitmangel, -losigkeit?
 - Lebererkrankungen?
 - Multiple Sklerose (MS)?
 - Osteoporose?
 - Tumorleiden?
 - eine Tumorbehandlung mit Medikamenten oder Bestrahlung?
 - eine Tumor- oder Osteoporosebehandlung mit Bisphosphonaten?
 - Erbkrankheiten?
 - Epilepsie (Krampfanfälle)?
 - Leiden oder litten Sie an einer Geschlechtskrankheit?

Infektionskrankheiten: **J** **?** **N**

- Haben Sie einen HIV-Test gemacht?
- Wenn ja, wann? _____
- Ist eine Infektion mit Hepatitis bekannt?
- Wenn **JA** welche Form (A,B o. C) ? _____

Nehmen Sie Drogen? **J** **?** **N**

- Wenn **JA** Welche ? _____
- Rauchen Sie?
 - Was? _____ Wie viel? _____
 - Trinken Sie regelmässig Alkohol?
 - Wenn **JA** wie viel? _____

- einen Gesundheitsausweis? **J** **?** **N**

(Blutverdünnung, Allergie, Endokarditis u.a. vom Arzt)

Nur für Patientinnen: **J** **?** **N**

- Sind Sie schwanger?
- Nehmen Sie orale Kontrazeptiva (Pille)?



Einverständniserklärung

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

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Fakturierung und Inkasso des zahnärztlichen Honorars – auch für zukünftige Behandlungen – durch die Zahnärztekasse AG, Wädenswil, erfolgen können.

Zu diesem Zwecke darf der Zahnarzt die jeweils erforderlichen Daten (insbesondere Namen, Geburtsdatum, Adresse, Behandlungsdatum, Leistungspositionen, Beträge, Befunde) an die Zahnärztekasse weitergeben und auch die betreffenden Honorarforderungen an sie abtreten. Die Zahnärztekasse AG ist ihrerseits berechtigt, zur Durchsetzung der abgetretenen Forderungen diese an die Crif AG, oder an ein anderes Inkassounternehmen weiter abzutreten und die erhaltenen Daten, soweit erforderlich, gegenüber dem Inkassounternehmen, Rechtsanwälten, Betreibungsämtern und Gerichten zu verwenden bzw. zu offenbaren. Bei Barzahlung der Rechnung ist diese Erklärung gegenstandslos. Diese Erklärung gilt, bis ich sie schriftlich widerrufe.

Sie können jederzeit unentgeltlich Auskunft über Ihre von uns bearbeiteten Daten erhalten so wie Ihre Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer Daten geltend machen. Wenn Sie mit der Datenbearbeitung nicht einverstanden sind, können Sie dies dem Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) oder der zuständigen Aufsichtsbehörde in der EU melden.

Wir bearbeiten diese Daten ausschliesslich zum Zweck, unsere zahnärztlichen Leistungen zu erbringen, diese fakturieren zu lassen und bei Ausbleiben der Zahlung Inkassomassnahmen zu ermöglichen. Wir bearbeiten Ihre Daten im In- und Ausland (insbesondere bei Verwendung von Cloud-Lösungen) und nur so lange als wir diese benötigen.

Biel / Bienne

Datum und Unterschrift des Patienten

Haben Sie Anspruch auf:

- AHV / IV
- Ergänzungsleistung
- Sozialamt
- Migrationsamt
- Rotes Kreuz

Angaben zum Kostenträger:

- Ort: _____
- Sachbearbeiter: _____
- Telefonnummer: _____