



### Anamnese

Liebe Patientin, Lieber Patient

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bitte füllen Sie den Folgenden Fragebogen ausführlich und korrekt aus. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung!

**Herzlichen Dank**

#### Personalien:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Lediger Name:
Strasse:	PLZ/Wohnort:
Handy:	Telefon:
E-Mail:	Telefon Gesch.:
Beruf:	Arbeitsort:
Hauszahnarzt:	Hausarzt:
Überweisung/ Empfohlen durch:	

#### Versicherung:

AHV Nummer:	756.
Krankenkasse:	Nr.
Unfallversicherung:	
Zusatzversicherung:	

#### Kostenträger:

Bitte umkreisen sie die Zutreffende Antwort

Selbstzahler	Krankenkasse	Unfallversicherung	Ergänzungsleistung
--------------	--------------	--------------------	--------------------

Viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Durch das Ausfüllen dieses Fragebogens geben Sie uns wichtige Informationen über Ihren Gesundheitszustand und ermöglichen uns, die Behandlung individuell auf Sie anzupassen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.



**Bitte jede der Fragen 1-19 mit ja oder nein ankreuzen und Zutreffendes jeweils unterstreichen.  
(Anmerkung: Die Fragen betreffen Ihren allgemeinen Gesundheitszustand unabhängig von Ihrem jetzigen Leiden)**

	Ja	Nein
1. Traten in Ihrer Familie ernsthafte Leiden auf bei Ihren Eltern / Geschwistern oder Grosseltern?		
2. Hatten Sie bereits ernsthafte Krankheiten, Unfälle, Spitalaufenthalte, Operationen, Komplikationen bei einer früher Behandlung?		
3. Stehen Sie gegenwärtig oder bis vor kurzem in ärztlicher Behandlung? Bei welchem Arzt:		
Litten Sie bereits einmal an (4. – 9.):		
4. Herzbeschwerden, Kreislaufstörung, hohem Blutdruck, Venenentzündung, Embolien, unstillbarer Blutung, verlängertem Bluten, besonderer Blutungsneigung?		
5. Störungen von Magendarmtrakt, Leber, Gallenblase?		
6. Störungen von Niere und Blase?		
7. Störungen vom Nervensystem, Anfällen?		
8. Zuckerkrankheit, Gelbsucht, Hormonstörung?		
9. Überempfindlichkeit auf Medikamente (z.B. Penicillin, Jod)?		
10. Gab es bei einer Lokalanästhesie (örtliche Betäubung, z.B. beim Zahnarzt) ungewöhnliche Reaktionen?		
11. Sind Sie (oder Ihr Partner) HIV-Risiko-Patient?		
12. Haben Sie bereits einmal einen HIV-Test durchführen lassen?		
13. Lehnen Sie einen HIV-Test anlässlich der Abklärungsunterlagen für einen operativen Eingriff ab?		
14. Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente? Blutverdünner? Herz? Osteoporose?		
15. Rauchen Sie: bis 1 Päckli im Tag / bis 2 Päckli im Tag / mehr?		
16. Alkohol; 1 Glas pro Woche / 1 Glas pro Tag / 2-3 Gläser pro Tag / mehr? Trinken Sie: Bier, Wein, Schnaps, andere?		
17. Nehmen Sie Drogen: selten / unregelmässig / regelmässig / weiche / harte?		
18. Besteht eine Schwangerschaft?		
19. Zusätzliche Angaben, die der Arzt kennen sollte?		

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich damit einverstanden, dass die in der Praxis Zahnimplantate & Kieferchirurgie Falkenplatz erstellt Krankengeschichte sowie meine Patientendaten für medizinische und verbundene Zwecke (wie z.B. Abrechnung), soweit notwendig Dritten (z.B. Externe Ärzte, Versicherungen, Inkassostellen und andere Dienstleister wie bspw. Detallabor) zugänglich gemacht werden.

Bern, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_