



Dr. med. dent. A. Stebler
Zahnarztpraxis
 St. Klemenzstrasse 17
 CH-2544 Bettlach

Tel. +41 (0)32 645 24 24
 Fax +41 (0)32 645 24 44
 www.dein-zahnarzt.ch
 Mail: info@dein-zahnarzt.ch

Anamnese-Bogen

Personalien	
Name	Vorname
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Tel. Privat	Mobile
Anrede <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum
Beruf	Staatszugehörigkeit
Krankenkasse	Mitgliedernummer
Unfallversicherung	Mitgliedernummer
Erhalten Sie Ergänzungs- oder sonstige Leistungen?	<input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen (AHV, IV) <input type="checkbox"/> Fürsorgeleistungen <input type="checkbox"/> Sozialleistungen
Gesetzlicher Vertreter	Anrede, Name, Vorname
	Adresse
Hausärztin/arzt	Name
	Adresse

Allgemeine Fragen		J	?	N
01	Werden / wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt? Warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, bitte Zusatzblatt ausfüllen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Hatten Sie schon mal eine Operation? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Haben Sie Herzschrittmacher, Gelenkprothesen, usw.? Was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? In welcher Woche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Rauchen Sie, oder haben Sie geraucht? Wenn Sie aufgehört haben, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Haben Sie einen Gesundheits- oder Risikopass? (Blutverdünnung, Allergie, Endokarditis, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zahnmedizinische Fragen		J	?	N
11	Haben Sie des öfteren Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Haben Sie häufig Kopf-, Nacken-, Schulter- oder Kaumuskelaturschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Haben Sie manchmal das Gefühl Mundgeruch zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Haben Sie oft: Aphthen <input type="checkbox"/> , Fieberbläschen <input type="checkbox"/> , Entzündungen der Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> , Mundtrockenheit, Mundbrennen <input type="checkbox"/> , Schleimhautveränderungen <input type="checkbox"/> , Prothesendruckstellen <input type="checkbox"/> , Sonstiges <input type="checkbox"/>			

Ihre Angaben unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte wenden...

Anamnese-Bogen



Fragen zum Gesundheitszustand		J	?	N
21	Haben oder hatten Sie eine Hepatitis (Gelbsucht, Leberentzündung od. Lebererkrankung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Sind Sie HIV-positiv oder an AIDS erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Hatten Sie jemals, oder haben Sie: <ul style="list-style-type: none"> • Rheuma, Gelenkschwellungen? • Hormonelle Störungen? • Osteoporose? • Tumorerkrankungen? • Epilepsie? • Tuberkulose? • Augenerkrankungen (z.B. Grüner Star)? • Kieferhöhlenentzündungen? • Magen-, Darm- oder Nierenerkrankung? Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Herz-Kreislaufferkrankungen <ul style="list-style-type: none"> • Herzinnenhautentzündung (Endokarditis) • Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe • Angina pectoris oder Herzinfarkt • Zu hoher / zu tiefer Blutdruck, Wert: Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Stoffwechselerkrankungen <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes (Zuckerkrankheit) • Schilddrüsenerkrankungen Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Bluterkrankungen <ul style="list-style-type: none"> • Blutarmut (Anämie) • Blutungsneigung (Hämophilie) • Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Allergien <ul style="list-style-type: none"> • Reagieren Sie überempfindlich auf Spritzen? • Reagieren Sie überempfindlich auf Medikamente? • Leiden Sie unter Asthma oder Heuschnupfen? Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Neurologische / psychische Erkrankung <ul style="list-style-type: none"> • Demenz • Depression • Morbus Parkinson Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen oder Informationen mit meiner/m Hausärztin/arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen ausgetauscht werden dürfen.

Bettlach, den:

Unterschrift Patient:

Ich erkläre mich damit 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 (Taubheitsgefühl, Kribbeln). Die Irritationen verschwinden in aller Regel wieder. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung die aktive Teilnahme am Strassenverkehr für mehrere Stunden mit einem erhöhten Risiko einhergehen kann.

Bettlach, den:

Unterschrift Patient:

Anamnese-Bogen



Medikamentenliste

Bitte schreiben Sie in der nachfolgenden Liste die Präparatenamen aller Medikamente, Nahrungsergänzungstoffe und auch aller Naturheilmittel auf, die Sie gegenwärtig durch Fachpersonen oder selbst verordnet einnehmen.. Fügen Sie zu jedem Präparat die Aktuelle Dosierung und Häufigkeit der Anwendung auf.

Präparatenamen	Dosierung Wirkstoffmenge pro Einheit (z.B. Tablette) und Anzahl Einheiten	Anwendungshäufigkeit inklusive Verteilung über den Tag

Datum und Unterschrift des Patienten

Datum und Überprüfung von

Ihre Angaben unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht.