



ZAHNARZTPRAXIS WEISSRAUM

Dr. med. dent. Daniel Trachsler
Zürcherstrasse 18
8107 Buchs ZH

Telefon: +41 (0)44 845 06 20
Webseite: www.zahnarztpraxis-weissraum.ch
E-Mail: info@zahnarztpraxis-weissraum.ch

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten

Bevor wir uns um Ihre zahnmedizinischen Bedürfnisse und Wünsche unterhalten können, benötigen wir neben Informationen zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Personalien

Name	Vorname
Gesetzlicher Vertreter (Name, Adresse)	
Strasse	
PLZ / Ort	Geburtsdatum
Beruf	Arbeitgeber
Tel. Privat	Tel. Geschäft
Mobiltelefon	E-Mail <small>(für Rechnungsversand)</small>
Hausarzt (Name, Ort)	
Empfangen Sie Fürsorge oder Sozialhilfe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?	
<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Empfehlung von _____ <input type="checkbox"/> (Anderes) _____	

Gesundheitsfragebogen

Waren Sie während der letzten Jahre im Spital oder in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wann und weshalb? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen oder nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie ein künstliches Gelenk? Wenn ja, wo und seit wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an Allergien, Unverträglichkeiten (z.B. Penicillin)? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus.

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen:

Herzerkrankungen:		
- Endokarditis?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Herzklappenfehler / künstliche Herzklappe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Angina Pectoris?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Herzinfarkt? Wann: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Zu hoher Blutdruck?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Zu tiefer Blutdruck?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Infektionskrankheiten:		
- Hepatitis (Gelbsucht)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- HIV, AIDS?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Tuberkulose?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie Medikamente im Zusammenhang mit Osteoporose ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rheuma?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nierenprobleme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Magen- / Darmprobleme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Atemproblemen? <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Bronchitis <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Reagieren Sie ungewöhnlich auf Spritzen beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an einer anderen, hier nicht aufgeführten Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Angstpatient/in?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie? Wenn Ja, wieviel pro Tag? _____ Seit wann? _____ (Jahr)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Für Frauen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wie möchten Sie von uns an Ihren routinemässigen Dentalhygiene-Untersuchungstermin erinnert werden?

- Mit einer E-Mail Mit einem Brief (Post) Termin wird vereinbart

Wünschen Sie eine kostenlose Erinnerung vor Ihrem nächsten Termin?

- Ja, per SMS Ja, per E-Mail Nein

Wir versenden unsere Rechnungen zukünftig per E-Mail.

- Ich möchte die Rechnung trotzdem per Post erhalten (bitte ankreuzen, sofern zutreffend).

Dürfen wir Sie über Neuheiten aus unserer Praxis per E-Mail informieren? (max. 2-3 Mal pro Jahr)

- Ja Nein

Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte 24 Stunden im Voraus. Sie ersparen sich damit dessen Verrechnung. Vielen Dank!

Ich erkläre hiermit die Richtigkeit der angegebenen Daten und erkläre mich einverstanden, dass Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder oder Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke für medizinische, rechtliche sowie Zahlungszwecke, anderen Medizinalpersonen, Versicherungen, Inkasso- oder Betreibungsstellen mitgeteilt oder auf Anfrage zugestellt werden können.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____