

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient

Damit wir optimal auf Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Bedürfnisse eingehen können, benötigen wir einige Informationen. Nehmen Sie sich deshalb bitte einen Moment Zeit und füllen Sie Ihre Personalien und die Gesundheitsfragen vollständig aus. Alle Informationen unterliegen dem Arztgeheimnis. Bei Unklarheiten hilft Ihnen mein Praxisteam gerne weiter.

1. Personalien	
Name:	Vorname:
Strasse, Nr.:	PLZ, Ort:
Bei Minderjährigen Name und Adresse des gesetzlichen Vertreters:	
Telefon, privat:	Telefon, mobil:
E-Mail:	AHV-Nr.:
Nationalität:	Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:	Arbeitspensum (in Prozent):
Arbeitgeber:	Telefon, Geschäft:
Sind Sie: <input type="radio"/> Privatpatient/Selbstzahler	Sind Sie unterstützungsberechtigt: <input type="radio"/> Sozialhilfe <input type="radio"/> Ergänzungsleistungen der AHV/EL

2. Versicherungsangaben
Krankenversicherung:
Versicherungsstufe: <input type="radio"/> allgemein <input type="radio"/> halbprivat <input type="radio"/> privat
Unfallversicherung: <input type="radio"/> durch den Arbeitgeber versichert <input type="radio"/> durch folgende Krankenkasse versichert:
Haben Sie Zusatzversicherungen abgeschlossen? Wenn ja, welche?

3. Ärzte
Hausarzt (Name, Adresse):
Früherer Zahnarzt (Röntgenbilder, Versicherungsunterlagen):
Überweisung durch/Empfehlung von:

4. Gesundheitsfragebogen		
Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nehmen Sie regelmässig Medikamente? Wenn ja, bitte das Zusatzblatt «Medikamentenliste» ausfüllen.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leiden Sie unter allergischen Reaktionen? (Medikamente, Pollen, Nahrungsmittel, anderes)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bestehen Blut- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen? Künstliche Herzklappen, Stents, Bypass, Herzschrittmacher Hämophilie (Blutungsneigung) Andere?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nein
Haben Sie Gelenkprothesen? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Besitzen Sie einen ärztlichen Ausweis? (Herzklappen, Gelenkprothesen, Allergien, Blutkrankheiten)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bestehen Stoffwechselerkrankungen: Diabetes (Zuckerkrankheit) Schilddrüsenerkrankungen Andere:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nein
Bestehen neurologische Erkrankungen: Epilepsie Neuralgien Andere:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nein
Bestehen Infektionskrankheiten: Hepatitis (Gelbsucht) HIV/AIDS	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nein
Wurden bei Ihnen Zahnimplantate gesetzt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie zahnmedizinische Arbeiten im Ausland oder in sogenannten Dentalzentren machen lassen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wurde bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hatten Sie jemals einen Unfall, bei dem Kopf, Kiefer oder Zähne betroffen waren?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bestehen andere gesundheitliche Probleme, die berücksichtigt werden müssen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie besondere Wünsche für die Behandlung? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine medizinischen Akten mit anderen medizinischen Personen oder Institutionen ausgetauscht werden.

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung und für ein allfälliges Inkasso benötigten Daten an die zuständigen Stellen weiterzuleiten.

Ich gebe meine Zustimmung, dass Drittleistungen der Krankenkasse, der Sozialdienste, der AHV/EL/IV usw. direkt dem behandelnden Zahnarzt vergütet werden. Leistungspflichtig bleibt jedoch stets der Patient/die Patientin bzw. die zuständige gesetzliche Vertretung. Alle Versicherungs- bzw. Drittleistungen sind subsidiär.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____