**Anamnese-Formular**

Herzlich willkommen!

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüssen zu dürfen und bedanken uns für Ihr Vertrauen, das Sie uns entgegen bringen.

**Personalien Patient:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name:  | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Vorname(n):  | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Titel: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Adresse: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| PLZ, Wohnort: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon Privat: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon Geschäft: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon Mobile: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Email-Adresse: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Zivilstand: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Nationalität: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Beruf: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Bei Kindern Name und Vorname des gesetzlichen Vertreters: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Unfallversicherung:  | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Krankenversicherung/Versicherungsnr.: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| AHV-Nr.: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Überwiesen / Empfohlen durch: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name und Adresse des Hausarztes: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Gesundheitsfragen:**

**Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort Ja oder Nein an.**

1. Waren / sind Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja [ ]  Nein [ ]

 Wenn ja, aufgrund welcher Krankheit?

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. Nehmen Sie zur Zeit regelmässig Medikamente ein? Ja [ ]  Nein [ ]

 Wenn ja, welche?
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. Haben oder hatten Sie Hepatitis (Gelbsucht / Leberentzündung)? Ja [ ]  Nein [ ]
2. Sind Sie HIV positiv / an AIDS erkrankt? Ja [ ]  Nein [ ]
3. Haben oder hatten Sie andere schwere Infektionen? Ja [ ]  Nein [ ]
4. Neigen Sie zu Allergien? Falls ja, welche?
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Ja [ ]  Nein [ ]
* Haben Sie einen Allergiepass? Ja [ ]  Nein [ ]
* Reagieren Sie überempfindlich auf Spritzen oder Ja [ ]  Nein [ ]

 Medikamente (z.B. Antibiotika)? Wenn ja, welche?

 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. Rauchen Sie? Ja [ ]  Nein [ ]

 Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. Sind Sie Ex-Raucher? Ja [ ]  Nein [ ]
2. Leiden Sie unter Kiefergelenkschmerzen oder Verspannungen

 der Kaumuskulatur (Kopfschmerzen am Morgen)? Ja [ ]  Nein [ ]

1. Hatten Sie schon Zahnunfälle? Ja [ ]  Nein [ ]

 Wenn ja, wurde der Unfall bei einem Zahnarzt gemeldet? Ja [ ]  Nein [ ]

1. Hatten / haben Sie Kieferhöhlenentzündungen? Ja [ ]  Nein [ ]
2. Tragen Sie Gelenkprothesen, Herzschrittmacher oder andere Implantate? Ja [ ]  Nein [ ]
3. Für Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Ja [ ]  Nein [ ]

 Wenn ja, in welcher Woche?
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. Neigen Sie zu langen Blutungen? Ja [ ]  Nein [ ]

 Wenn ja, nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (Quick /INR Wert)? Ja [ ]  Nein [ ]
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. Leiden Sie unter Epilepsie oder Glaukom (grüner Star)? Ja [ ]  Nein [ ]
2. Leiden Sie an einer hier nicht aufgeführten ernsthaften Erkrankung? Ja [ ]  Nein [ ]

 Wenn ja, welche?
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Administratives:**

Ich möchte sämtliche Korrespondenz und Kostenvoranschläge per Ja [ ]  Nein [ ]

E-Mail erhalten?

Ich möchte Rechnungen per E-Mail erhalten? Ja [ ]  Nein [ ]

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen (durch Ausgleichskasse)? Ja [ ]  Nein [ ]

Wenn ja, Name des zuständigen Sachbearbeiters?
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Beziehen Sie Leistungen von der Sozialhilfe? Ja [ ]  Nein [ ]

Wenn ja, bei welchem Amt?
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Besteht Erwachsenenschutz (Amtsvormundschaft)? Ja [ ]  Nein [ ]

Wenn ja, bitte Name und Telefonnummer angeben:
 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Einverständnis:**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die bisher von unserem Vorgänger Herrmed. dent. Guido Macek geführte Krankengeschichte vonDr. med. dent. Claude Rast infolge Praxisübernahme **ein-gesehen** und im Rahmen der **zahnärztlichen Tätigkeit verwendet** werden darf.

Ort eingeben, am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrucke zwecks allenfalls notwendigen Abklärungen oder Informationen mit meiner/m Hausärztin/arzt oder weiteren der ärztlichen Schweige-pflicht unterstehenden Personen ausgetauscht werden dürfen und dass für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendige Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass mir, falls notwendig, eine Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) gegeben wird. Ich bin informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen (Taubheitsgefühl, Kribbeln) kommen kann.Diese 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 Unfallrisiko einhergehen kann.

Ort eingeben, am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift:

**Gerne weisen wir Sie darauf hin, dass Sie bei uns mit allen gängigen EC-Karten (exkl. PostCard) bequem bezahlen können.**

Selbstverständlich erhalten Sie trotzdem eine Quittung/Rechnung für Ihre Unterlagen (Krankenkasse, Steuern, udgl.)

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Ihr Team von der

Zahnarzt am Schwanenplatz GmbH