

Anamneseblatt

Zahnarztpraxis
Hedwig Fortunato
Zahnärztin, SSO Mitglied

Hofmattstrasse 24
4950 Huttwil
Tel. 062 962 12 72

Personalien:

Frau Herr

Name
Vorname
Strasse, Nr.
PLZ, Ort
Geburtsdatum
Tel. Privat
Tel. Mobil
Tel. Geschäft
E-Mail
Beruf

Terminerinnerung per SMS ja nein

Gesetzliche/r Vertreter/in: (bei Minderjährigkeit oder Vormundschaft)

Frau Herr

Name
Vorname
Strasse, Nr.
PLZ, Ort
Geburtsdatum
Tel. Privat
Tel. Mobil
Tel. Geschäft
E-Mail

Erhalten Sie Unterstützung?

- Nein
 Ergänzungsleistungen (zusätzl. zur AHV oder IV)
 Sozialhilfe

Anschrift Hausarzt oder Kinderarzt:

Name
Vorname
PLZ, Ort

Viele Menschen sind krank. Das kann auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb, den untenstehenden Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Fragen zum Gesundheitszustand:

Wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt?
Wenn ja, wegen welchen **Krankheiten**? ja nein

Hatten Sie schon **Operationen**?
Wenn ja, welche und wann? ja nein

Haben oder hatten Sie eine **Hepatitis** (Gelbsucht, Leberentzündung)? ja nein

Sind Sie **HIV-positiv** oder an AIDS erkrankt? ja nein

Nehmen Sie zurzeit **regelmässig Medikamente** ein?
Wenn ja, welche? ja nein

Herz-Kreislaferkrankungen:

Blutdruckerkrankungen?
Wenn ja, zu hoch oder zu tief?: ja nein

Angina pectoris? ja nein

Herzinfarkt? ja nein

Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe? ja nein

Herzinnenhautentzündungen (Endokarditis)? ja nein

Bluterkrankungen:

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?
Wenn ja, welche? ja nein

Quick-Wert / INR-Wert: ja nein

Bluterkrankung (Hämophilie)? ja nein

Blutarmut (Anämie)? ja nein

BITTE WENDEN

<p>Stoffwechselerkrankung: Diabetes (Zuckerkrankheit)? Schilddrüsenerkrankung? Wenn andere, welche?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Allergien: Leiden Sie an Asthma Leiden Sie an Heuschnupfen? Reagieren Sie überempfindlich auf Spritzen, Medikamente oder Nahrungsmittel? Wenn ja, welche?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Hatten Sie jemals: eine Kieferhöhlenentzündung? Rheuma? Gelenkschwellungen? chronische Verdauungsstörungen? Hormonelle Störungen? Tuberkulose? Nierenerkrankungen? Bestrahlung? Chemotherapie? andere ernsthafte Erkrankungen? Wenn ja, welche?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Allgemeine Fragen:</p> <p>Tragen Sie Gelenkprothesen, Herzschrittmacher oder andere Implantate? Wenn ja, welche?</p> <p>Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele pro Tag?</p> <p>Besitzen Sie einen Zahnschutz, welchen Sie regelmässig beim Sport tragen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Hatten Sie jemals einen Zahnunfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Für Frauen:</p> <p>Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p><i>Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbildern und Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen oder Informationen mit meiner Ärztin / meinem Arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen wie Versicherungen etc., ausgetauscht werden dürfen und dass die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institutionen weiter geleitet werden dürfen:</i></p> <p><i>Ich bin damit einverstanden, dass mir -falls notwendig- eine Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) gegeben wird. Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen (anhaltendes Taubheitsgefühl, Kribbeln) kommen kann, die in der Regel wieder verschwinden.</i></p> <p><i>Kosten bei Zahlungsverzug: Bearbeitungsgebühr (frühestens ab Tag 70 nach Rechnungsdatum, bei Übergabe an die Inkasso Med AG) abhängig von der Forderungshöhe, Maximalbetrag in CHF: 50 (bis 20); 70 (bis 50); 100 (bis 100); 120 (bis 150); 149 (bis 250); 195 (bis 500); 308 (bis 1'500); 448 (bis 3'000); 1'100 (bis 10'000); 1'510 (bis 20'000).</i></p> <p>Datum/Unterschrift:.....</p>	