

Anamneseblatt

Ihr Gesundheitszustand kann Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Patientin / Patient

Frau Herr

Name _____

E-Mail _____

Vorname _____

Tel. Privat _____

Strasse & Nr. _____

Mobil-Tel. _____

PLZ, Ort _____

Tel. Gesch. _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Bitte stellen Sie mir Terminaufgebote, Kostenvoranschläge und Rechnungen per Mail zu. Ja Nein

Erhalten Sie Unterstützung der Ergänzungsleistung der Sozialhilfe oder keine?

Gesetzliche/r Vertreterin/Vertreter

Frau Herr

Name _____

Tel. Privat _____

Vorname _____

Tel. Gesch. _____

Strasse & Nr. _____

Mobil-Tel. _____

PLZ, Ort _____

Hausärztin/ -arzt Behandelnde/r Ärztin/Arzt Kinderärztin/-arzt

Frau Herr

Name, Vorname _____

PLZ, Ort _____

Strasse & Nr. _____

Tel. _____

Grund der Konsultation: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet Empfehlungen
Andere: _____

Fragen zum Gesundheitszustand

1. Werden / wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt? Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Krankheit? _____

2. Hatten Sie schon Operationen? Wenn ja, welche? Ja Nein

3. Haben oder hatten Sie Hepatitis (Gelbsucht, Leberentzündung)? Ja Nein

4. Nehmen Sie zurzeit regelmässig Medikamente ein? **Wenn ja, welche?** Ja Nein

5. Leiden Sie unter Herz-Kreislaufferkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, bitte ankreuzen.

- Zu hoher/tiefer Blutdruck → Wert: _____ Angina pectoris
- Herzinfarkt Schlaganfall
- Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe Herzinnenhautentzündung (Endokartitis)

6. Sind Sie HIV-positiv? Ja Nein

7. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Ja Nein

Andere Bluterkrankungen? Bluterkrankheit (Hämophilie) Blutarmut (Anämie)

8. Leiden Sie unter einer Stoffwechselerkrankung? Ja Nein

- Schilddrüsenerkrankung Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Andere: _____

9. Haben Sie Allergien? Ja Nein

Heuschnupfen Asthma Andere: _____

Reagieren Sie überempfindlich auf:

- Spritzen Medikamente
- Mundspüllösungen Nahrungsmittel? _____

10. Hatten Sie jemals: Ja Nein

- Eine Kieferhöhlenentzündung? Chemotherapie? **Welche?** _____
- Rheuma, Gelenkschwellung? _____
- Verdauungsstörung? Bestrahlung? **Wo?** _____
- hormonelle Störung? eine andere ernsthafte Erkrankung? _____
- Tuberkulose? **Wenn ja, welche?** _____
- Organerkrankungen? _____

11. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? **Welche Woche?** _____ Ja Nein

12. Tragen Sie Gelenksprothesen, Herzschrittmacher oder andere Implantate? Ja Nein

Welche? _____

13. Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? **Was und Wieviel?** Ja Nein

14. Nehmen Sie Drogen? **Was und Wieviel?** Ja Nein

15. Leiden Sie unter Mundgeruch? Ja Nein

Ich bin 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 (anhaltendes Taubheitsgefühl, Kribbeln), die in aller Regel wieder verschwinden. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich – chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung bei aktiver Teilnahme am Strassenverkehr für mehrere Stunden ein erhöhtes Unfallrisiko besteht.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbildern und Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke zwecks allenfalls notwendiger Abklärung oder Informationen mit meiner Ärztin / meinem Arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen, wie Versicherungen etc., ausgetauscht werden und dass die für die Rechnungstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden.
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); **2'658** (bis 50'000); **6% der Forderung** (ab 50'000).

Datum: _____ Unterschrift: _____