**ANAMNESEBOGEN**

Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Name Patient: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Versicherte(r)/Mitglied: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geb.-Datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Mobil-)Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hausarzt (Name, Telefon): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie Zahnschmerzen? o Nein o Ja, seit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Haben Sie Zahnfleischbluten? o Nein o Ja
Knirschen Sie/Pressen Sie Zähne zusammen? o Nein o Ja
Haben Sie Allergien? o Nein o Ja, und zwar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie Infektionskrankheiten (MRSA, HIV, o Nein o Ja, und zwar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Hepatitis, Tuberkulose, …)
Haben Sie folgende Erkrankungen:
 Asthma o Nein o Ja
 Blutgerinnungsstörung/Blutbildveränderung o Nein o Ja, Quickwert/INR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Bluthochdruck o Nein o Ja
 niedriger Blutdruck o Nein o Ja
 Herz-/Kreislaufbeschwerden o Nein o Ja
 Diabetes o Nein o Ja
 Epilepsie o Nein o Ja
 Magen-/Darmerkrankung o Nein o Ja
 Nierenerkrankung o Nein o Ja
 Lebererkrankung/Gelbsucht o Nein o Ja
 Schilddrüsenüber/-unterfunktion o Nein o Ja
 Grüner Star o Nein o Ja
 Rheuma o Nein o Ja
 Creutz-Jakob-Krankheit o Nein o Ja

Haben Sie einen Herzschrittmacher/Herzklappe o Nein o Ja, seit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Hatten Sie einen Herzinfarkt o Nein o Ja
Haben Sie heute ein Schmerzmittel genommen? o Nein o Ja
Nehmen Sie regelmässig Medikamente? o Nein o Ja, und zwar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rauchen Sie? o Nein o Ja, seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jahren

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? o Nein o Ja, und zwar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(z.B. ASS, Aspirin, Marcumar…)

Bei Frauen: Sind Sie schwanger? o Nein o Ja, und zwar im \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monat

Haben Sie sonstige Erkrankungen? o Nein o Ja, und zwar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Ihre Zähne sollten regelmässig professionell gereinigt werden.
 Haben Sie Interesse an einer kostenlosen Beratung für Prophylaxe /PZR? o Nein o Ja**

Dürfen wir Sie an anstehende Termine oder erneute Untersuchungen
per Telefon oder schriftlich erinnern? o Nein o Ja

Bei Betäubung können, wenn auch nur in ganz seltenen Fällen, folgende gesundheitliche Probleme auftreten:
►allergische Reaktionen, ►Herz-Kreislaufstörung, ►temporäre/vorübergehende Fazialisparese (Gesichtslähmung), ►Schädigung der Nerven, ►Fahrtüchtigkeit kann beeinträchtigt sein.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Datum, Unterschrift