**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