

ANMELDEFORMULAR / ANAMNESEBOGEN

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Adresse: PLZ / Ort: Beruf:

Tel. P: Tel. G: Mobile:

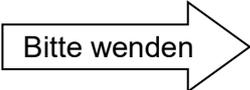
E-Mail Adresse:@..... Name und Anschrift des Hausarztes:

Zahnezusatz-Versicherung: Selbstzahler Drittzahler IV/SVA Sozialamt Ort:

Bei Kindern: Name des gesetzlichen Vertreters: Komme auf Empfehlung von:

Haben Sie spezielle Anliegen:

- | | | Zutreffendes bitte ankreuzen: | | JA | NEIN |
|-----|--|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. | Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Waren Sie innerhalb der letzten Jahre im Spital? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?
<i>Wenn ja, welche?</i> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?
<i>Wenn ja, welche?</i> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Besitzen Sie einen Endokarditispass? (Ist eine antibiotische Abschirmung nötig?) | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Erkrankungen: Wenn ja welche? | JA | NEIN | JA | NEIN |
| | Allergien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Epileptische Anfälle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Glaukom (grüner Star) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Unverträgl. auf Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Hepatitis (Gelbsucht) A, B oder C | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Herzfehler / Herzleiden | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | HIV-Infektion/AIDS | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Magen-/Darmbeschwerden | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Rheumatismus | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Tumorleiden (Krebs) | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Bluterkrankungen (z.B. Blutungsneigung) | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Schilddrüsenprobleme | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Osteoporose (Einnahme von Bisphosphonaten) | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Haben Sie Gelenkprothesen, Herzschrittmacher oder andere Implantate die eingesetzt wurden?
<i>Wenn ja welche?</i> | | | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| 8. | Hatten oder haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Sind Sie Raucher-/in? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (z.B. Hautausschlag, Kreislaufprobleme) während / nach einer Spritze, auf zahnärztliche Materialien oder Medikamente?
<i>Wenn ja, welche?</i> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



JA NEIN

11. Für **Patientinnen**: Sind Sie schwanger?
Wenn ja, in welchem Monat?

12. Ich bin **einverstanden**, dass mir falls notwendig nach Absprache eine Lokalanästhesie gegeben wird (örtliche Betäubung). Ich bin darüber informiert, dass es dabei nur im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (Kribbeln an der Lippe, anhaltendes Taubheitsgefühl bis um Mitte Kinn), die in aller Regel wieder verschwinden.

Ich nehme zur **Kenntnis**, dass nach zahnärztlichen Chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung bei aktiver Teilnahme am Strassenverkehr für mehrere Stunden ein erhöhtes Unfallrisiko besteht.
Am Tag der Lachgassedierung aktive Teilnahmen am Strassenverkehr ganz unterlassen.

13. Ich nehme zur **Kenntnis**, dass die Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder, Modelle und Fotos, deren Kopie zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen oder Informationen mit meiner Ärztin/meinem Arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen, wie Versicherungen, Krankenkassen etc. ausgetauscht werden und dass die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden.

Ich entbinde die Zahnärztin/den Zahnarzt von der Schweigepflicht zur Geltendmachung ihrer Honorarforderungen und nehme zur Kenntnis, dass ab der 3. Mahnung eine Mahngebühr von Fr. 100.- erhoben wird.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Auskünfte wahrheitsgetreu sind. Über Veränderungen meines Gesundheitszustandes und der Medikamenteneinnahme werde ich Sie vor jedem Termin unterrichten.

Datum: Unterschrift: