

Anamneseblatt / Praxis Dr. Z'Graggen

Personalien:

Name:	_____	Tel. Privat:	_____
Vorname:	_____	Tel. Geschäft:	_____
Adresse:	_____	Handy:	_____
PLZ/Ort:	_____	Beruf:	_____
E-Mail:	_____	Arbeitgeber:	_____
Geburtsdatum:	_____	Hausarzt:	_____
Krankenkasse/Ort:	_____	Nummer:	_____
Unfallversicherung:	_____	Nummer:	_____

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre:

Ges. Vertreter:	_____
Adresse:	_____
PLZ/Ort:	_____
Tel. Privat:	_____

Welches besondere Anliegen führt Sie zu diesem Zahnarztbesuch? Bitte in jedem Fall ausfüllen!

J **N** **?**

Schmerzen , Beratung , Zweitmeinung , Unfall , Sonstiges

Sind Sie Fürsorge-, Sozialhilfeempfänger, oder haben Sie Anspruch auf Ergänzungsleistungen zur AHV/IV

Kontaktadresse: _____

Zahnmedizinische Fragen:

Haben Sie Schmerzen an Zähnen , am Zahnfleisch , im Oberkiefer oder Unterkiefer

Haben Sie oft: Aphten , Fieberbläschen , Entzündungen der Mundschleimhaut , Mundtrockenheit

Hatten Sie einen Zahnunfall? Wenn ja, wann und erfolgte eine Meldung bei der Unfallversicherung?

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie häufig Kopf-, Nacken-, Schulter- oder Kaumuskelschmerzen?

Schmerzt oder knackt es im Bereich des Kiefergelenkes?

Haben Sie manchmal das Gefühl, Mundgeruch zu haben?

Blutet das Zahnfleisch bei Zähneputzen?

Hatten Sie je ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Spritzen?

Hatten Sie sonstige Probleme bei früheren zahnärztlichen Behandlungen?

Fragen zum Gesundheitszustand:

J **N** **?**

Fühlen Sie sich zurzeit krank?

Waren Sie im letzten Jahr in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb?

Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb?

Nehmen oder nahmen Sie regelmässig Medikamente ein? wenn ja, welche?

Haben Sie eine Medikamentenliste?

Haben oder hatten Sie.....

Herz-Kreislaufferkrankungen: J N ?

zu hohen oder zu tiefen Blutdruck?

Herzbeschwerden / Angina pectoris?

Herzrhythmusstörungen?

einen Herzinfarkt?

einen Schlaganfall?

einen angeborenen Herzfehler?

Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)?

einen Herzschrittmacher?

eine Herzklappenoperation?

blutverdünnende Medikamente? wenn ja, welche?

Neurologische / psychische Erkrankungen:

Depressionen?

Demenz?

Allergische Reaktionen:

Asthma?

Heuschnupfen?

Lokalanästhetika?

Jod?

Penicillin?

Acetylsalicylsäure (Aspirin)?

Mefenaminsäure (Ponstan)?

andere Antibiotika?

Schmerzmittel?

Rheumatische Gelenkserkrankungen: J N ?

Arthritis?

rheumatisches Fieber, Gelenkschwellungen?

künstlicher Gelenkersatz?

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?

eine Schilddrüsenerkrankung?

Andere Erkrankungen / Sonstiges:

Nasennebenhöhlenentzündung (Sinusitis)?

Nierenerkrankungen?

eine Niereninsuffizienz / Dialyse?

Magen- Darmerkrankungen (z. B. Geschwüre)?

Leberentzündung, Gelbsucht (Hepatitis)?

Infektionskrankheit (AIDS, Tuberkulose)

andere ernsthafte Erkrankung?

Tumorleiden?

Tumorbehandlung mit Medikamenten / Bestrahlung?

Tumor- / Osteoporosebehandlung mit Bisphosphonaten?

Epilepsie (Krampfanfälle)?

Osteoporose (Knochenschwund)?

nehmen Sie Drogen?

Rauchen Sie? wenn ja, wieviel?

Sind Sie schwanger?

nehmen Sie orale Kontrazeptiva (Pille)?

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und erteile der Praxis Dr. Z'Graggen mein Einverständnis, die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten, an die von Ihnen hierfür beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten.

Ort/Datum

Unterschrift