

Anamneseblatt / Praxis Dr. Z'Graggen

Personalien:

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

Erhalten Sie Sozialhilfe, oder haben Sie Anspruch auf Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV/IV? ja nein

Wenn ja, bitte Kontaktadresse angeben: _____

Für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren bitte ausfüllen:

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

Welches besondere Anliegen führt Sie zu diesem Zahnarztbesuch?

Schmerzen , Untersuch , Zweitmeinung , Unfall , DH

Zahnmedizinische Fragen:

	J	N	
Haben Sie Schmerzen an den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie einen Zahnunfall? Wenn ja, wann und erfolgte eine Meldung bei der Unfallversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knirschen oder pressen Sie (meistens nachts) mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ?
Haben Sie häufig Kopf-, Nacken-, Schulter- oder Kaumuskelschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerzt oder knackt es im Bereich des Kiefergelenkes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutet das Zahnfleisch beim Zähneputzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie je ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Spritzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fragen zum Gesundheitszustand:

	J	N
Nehmen oder nahmen Sie regelmässig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	_____	
Haben Sie eine Medikamentenliste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie im letzten Jahr in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben oder hatten Sie.....

Herz-Kreislaufkrankungen: 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?

blutverdünnendes Medikament?

Wenn ja, welches? _____

Neurologische / psychische Erkrankungen:

Depressionen?

Demenz?

Allergische Reaktionen:

Asthma?

Heuschnupfen?

Latex?

Lokalanästhetika?

Jod?

Penicillin?

Acetylsalicylsäure (Aspirin)?

Mefenaminsäure (Ponstan)?

Nickel?

andere Antibiotika oder Schmerzmittel?

Wünschen Sie zukünftig.....

die Honorarrechnung per E-Mail?

ja nein

das jährliche RC-Aufgebot (Untersuchung, Dentalhygiene) per E-Mail?

ja nein

eine Terminerinnerung? SMS, E-Mail, nein

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. _____

Rheumatische Gelenkerkrankungen: J N

Arthritis?

rheumatisches Fieber, Gelenkschwellungen?

künstlicher Gelenkersatz?

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?

eine Schilddrüsenerkrankung? Überf. , Unterf.

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?

Für Frauen:

nehmen Sie orale Kontrazeptiva (Pille)?

Sind Sie schwanger?

Ort/Datum 7000 Chur, _____

Unterschrift _____