

Fragebogen | Anamnese

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um einen komplikationslosen Behandlungsablauf und eine vorschriftsmässige Verwaltung Ihrer Unterlagen zu gewährleisten, möchten wir Sie um einige persönliche Informationen bitten. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutz. Falls Sie sich über eine Antwort nicht im Klaren sind, werden wir das gerne in einem persönlichen Gespräch klären. Bitte vergessen Sie nicht, auch die Fragen auf der Rückseite zu beantworten.

Für Ihre gewissenhafte Mitarbeit bedanken wir uns herzlich. Ihr Praxisteam.

PERSÖNLICHE DATEN

Name Vorname Geburtsdatum

Strasse, Hausnr. PLZ, Ort

Tel. privat Tel.geschäftlich Natel

E-Mail (bitte angeben, falls vorhanden)

Beruf

Hausarzt (Name, Adresse)

Name des gesetzl. Vertreters

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

Wenn ja, welche? Bitte Versicherungsnummer mit angeben.

Erhalten Sie Ergänzungs- oder sonstige Leistungen? Ergänzungsleistungen (AHV/IV) Fürsorgeleistungen Sozialhilfeleistungen

SONSTIGES

Wie dürfen wir Sie an Ihren Termin erinnern? SMS E-Mail keine Erinnerung

Welche Dokumente dürfen wir Ihnen per E-Mail zustellen? Kostenvoranschlag Rechnung

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? Internet Freunde/Bekannte

Durch wen wurden Sie überwiesen / empfohlen?

Bitte wenden!

IHR ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Falls ja, aus welchen Grund? Ja Nein

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Falls ja, welche? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig **spezielle Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung** ein (z.B. **Aspirin®**, **ASS 100**, **Marcumar®**, **Sintrom®**)? Falls ja, welche? Ja Nein

Haben Sie Herzbeschwerden bzw. eine Herzerkrankung (z.B. Herzinfarkt, -schwäche, -schrittmacher, **künstliche Herzklappe**)? Falls ja, unter welcher leiden Sie genau? Ja Nein

Haben Sie eine **Gelenkprothese** (Knie-, Hüftgelenk) erhalten? Falls ja, wann? Ja Nein

Hatten Sie einen Schlaganfall? Ja Nein

Haben Sie eine Lebererkrankung (z.B. Hepatitis A, B, C, Gelbsucht)? Falls ja, welche? Ja Nein

Haben Sie eine Magen- oder Darmerkrankung? Falls ja, welche? Ja Nein

Leiden Sie an einer Bluterkrankung? Ja Nein

Blutarmut

Ja Nein

Blutungsneigung

Ja Nein

Haben Sie Stoffwechselstörungen?

Diabetes

Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung

Ja Nein

Haben Sie Kreislaufstörungen?

Ohnmachtsanfälle

Ja Nein

zu niedriger Blutdruck

Ja Nein

zu hoher Blutdruck

Ja Nein

Leiden Sie unter:

Rheuma

Ja Nein

Asthma / chronischer Bronchitis

Ja Nein

Epileptischen Anfällen

Ja Nein

Migräne

Ja Nein

Kopfschmerzen

Ja Nein

Ohrenschmerzen

Ja Nein

Nackenschmerzen

Ja Nein

Schädelverletzung

Ja Nein

Schmerzen im Kiefergelenk

Ja Nein

Knacken im Kiefergelenk

Ja Nein

Kieferhöhlenentzündung

Haben Sie eine **Allergie** gegen: **Medikamente (z.B. Aspirin®, Penicillin, Tetracyclin)?** Falls ja, welche? Ja Nein

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Kommen in Ihrer Familie gehäuft Zahnfleischerkrankungen vor? Ja Nein

Rauchen Sie? Falls ja, wie viel? Ja Nein

Bei Frauen: Sind Sie schwanger? Ja Nein

Nach einer Anästhesie kann die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr eingeschränkt sein. Fest reservierte Termine, die nicht eingehalten werden, **müssen 24 Stunden vorher abgesagt** werden, da sonst evtl. eine Ausfallgebühr berechnet wird. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Burgdorf, den

Unterschrift