

# Anmeldung zur Behandlung

Wir bitten Sie, dieses Anmeldeformular sowie den Gesundheitsfragebogen auf der Rückseite möglichst exakt auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

|  |                |             |
|--|----------------|-------------|
| Name:  | Vorname:       | Ggf. Titel: |
| Strasse:   | PLZ/Ort:       |             |
| Geburtsdatum:  | Beruf:         |             |
| Tel. Privat:   | Tel. Geschäft: |             |
| Fax:   |                |             |
| Handy:   | E-Mail:        | @           |
| Ggf. gesetzlicher Vertreter / Korrespondenz Adresse: |                |             |
| Ggf. empfohlen / überwiesen durch:                   |                |             |

Beziehen Sie Zusatzleistungen? (IV, Sozialamt, Fürsorgeamt, Asylorganisation u.s.w.)  ja  nein  
Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen oder andere Zahnprobleme?  ja  nein  
Leiden Sie unter Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?  ja, sehr / immer  mässig / gelegentlich  nein, nie  
Ist bei Ihnen schon einmal ein Zwischenfall (z.B. Kreislaufkollaps, Ohnmacht o.ä.) während einer zahnärztlichen Behandlung aufgetreten?  ja  nein

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein  
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Hausarzt / Facharzt (Name und Ort) \_\_\_\_\_

Waren Sie in den letzten zwei Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung?  ja  nein  
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung oder Operation? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?  ja  nein  
Wenn ja, welche und wie häufig? \_\_\_\_\_

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft (wenn ja, im \_\_\_\_ Monat)?  ja  nein

Rauchen Sie (wenn ja, ca. \_\_\_\_ Zigaretten / Tag)?  ja  nein

## Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?

### Herz- / Kreislaferkrankungen

Herzinfarkt (Wenn ja, wann ? \_\_\_\_\_)  ja  nein

Angina pectoris, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefässe  ja  nein

Herzschwäche (Insuffizienz)  ja  nein

Herzrhythmusstörungen (Arrhythmie)  ja  nein

Herzklappenersatz  ja  nein

Herzschrittmacher  ja  nein

Angeborene oder erworbene Herzfehler  ja  nein

Sonstige Herzerkrankungen (wenn ja, welche \_\_\_\_\_)  ja  nein

Zu hoher Blutdruck (Hypertonie)  ja  nein

Bitte füllen Sie auch Seite 2 des Anamnesebogens aus

**Knochenerkrankungen**Osteoporose  ja  nein

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ggf. gegen Osteoporose? \_\_\_\_\_

**Bluterkrankungen**Blutungsneigung  ja  nein

Wenn ja, eventuell aufgrund welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie blutverdünnende (gerinnungshemmende) Medikamente?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  neinHatten Sie schon einmal eine Nachblutung nach einem zahnärztlichen Eingriff?  ja  nein**Allergien:**Reagieren Sie überempfindlich auf gewisse Medikamente oder Materialien?  ja  nein

Wenn ja, auf welche? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja  neinLeiden Sie an Asthma oder Heuschnupfen  ja  nein**Infektionskrankheiten:**HIV / AIDS  ja  neinGelbsucht (Hepatitis) A  / B  / C   ja  nein

Wenn ja, wann wurde die Erkrankung festgestellt? \_\_\_\_\_

**Sonstige Erkrankungen**Zuckerkrankheit (Diabetes)  ja  neinWenn ja, spritzen Sie Insulin?  ja  neinEpilepsie, Krampfanfälle  ja  neinTumorerkrankungen (Krebs, Leukämie)  ja  nein

Wenn ja, welche / wann? \_\_\_\_\_

Hatten Sie eine Strahlentherapie mit Bestrahlungen im Kopfbereich?  ja  neinAndere, bisher nicht aufgeführte Erkrankungen  ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Sollte sich Ihr Gesundheitszustand ändern, so bitte ich Sie, dies uns bei Ihrer nächsten Behandlung mitzuteilen.****Bitte beachten Sie, dass nach zahnärztlichen Eingriffen das Reaktionsvermögen im Strassenverkehr herabgesetzt sein kann. Nach Anwendung von Beruhigungsmitteln oder Lachgas sollten Sie mit einer Begleitperson heimkehren und keinesfalls selbst ein Fahrzeug lenken.****Datum:** \_\_\_\_\_**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: \_\_\_\_\_