

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

KnochenerkrankungenOsteoporose ja nein

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

BluterkrankungenBlutungsneigung 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 ErkrankungenZuckerkrankheit (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: _____