

Anmeldung/Anamnesebogen

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und abgeben

Name, Vorname	geb. am:
Straße/Hausnummer	Tel.
Wohnort/PLZ	Tätigkeit:
Krankenkasse	
Zusatzversicherung	
bei Privatrechnung Rechnung an:	
Name des Zahnarztes	

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben

bitte ankreuzen

	ja	nein
1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Leiden Sie oft unter Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?		
a.) Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.) allergische Reaktionen oder Unverträglichkeit von Medikamenten wenn ja- auf welche Medikamente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.) Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.) Schlaganfall, Lähmungen, wenn ja- wann:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.) Herzinfarkt, wenn ja- wann:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.) Gelbsucht, Leberkrankheiten (Hepatitis A, B, C, D, wenn ja-welche Form:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) wenn ja - insulinpflichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.) Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.) HIV positiv / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen? (Falithrom, Marcumar, Plavix, Clexane, regelmässige ASS-Einnahme oder andere Blutverdünner)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bestehen zur Zeit andere Krankheiten? wenn ja-welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? wenn ja- welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Besitzen Sie einen Herzpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Besitzen Sie einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wann war die letzte Zahn-Röntgenuntersuchung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?		
ja:	nein:	ungewiss:
wenn ja- welcher Monat:		

Datum:

Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter: