

Anamnesebogen / Anmeldung

Alle Angaben zu Ihrer Person werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
Beantworten Sie bitte alle Fragen und kreuzen Sie Zutreffendes an.

■ Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung von _____
 Internet/Homepage Telefonbuch Zeitung Sonstiges

■ Personalien:

Familiennamen: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Tel. Handy: _____ Tel. P: _____ Tel. G: _____

E-Mail: _____

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen (EL) der Sozialversicherung? Ja

(Bei Zahnunfall: Krankenkasse: _____ Agentur: _____)

Bei Minderjährigen: Name/Vorname des gesetzlichen Vertreters: _____

■ Bitte Zutreffendes ankreuzen :

- Herzerkrankung Ich hatte einen Herzinfarkt Ich habe Herzschrittmacher, Stents, Bypass
 Blutgerinnungsstörung Blutarmut Lebererkrankung Nierenerkrankung
 Allergien auf: Latex Antibiotikum Schmerzmedikament Asthma
 Infektionskrankheiten: Hepatitis Tuberkulose HIV
 Diabetes mellitus Epilepsie Vitamin B12-Mangel
 Ungewöhnliche Reaktionen auf Medikamente oder Spritzen
 Ich wurde im Kiefer-/Gesichtsbereich operiert oder hatte einen Spitalaufenthalt in den letzten 3 Monaten.
 Ich nehme regelmässig Medikamente ein: Blutverdünner Psychopharmaka Bisphosphonate
 Ich bin schwanger, im Monat. Mein Baby wird derzeit von mir gestillt.
 Ich bin an einer Anti-Schnarchschiene interessiert, da ich bzw. mein Partner/-in schnarcht.
 Ich habe Angst vor Spritzen bzw. vor der Zahnbehandlung.
 Ich hätte gerne hellere Zähne.
 Bei kalten Getränken leide ich unter schmerzempfindlichen Zähnen/Zahnhälsen.
 Es könnte sein, dass ich Mundgeruch habe.
 Ich bin mit meiner Zahnstellung nicht ganz zufrieden.
 Der Halt meiner Prothese ist unbefriedigend und könnte besser sein.

Mein Anliegen: _____

Walenstadt, den _____ Unterschrift (Pat./gesetzl. Vertretung): _____