

Stammdaten:

Patient/Titel:
Versicherungsnummer/Geburtsdatum:
Krankenkasse:
Versicherer:
Anschrift:
Telefon:
Email:

Fragen über den allgemeinen Gesundheitszustand:

	JA	NEIN
1. Sind Sie schwerkrank?		
Wenn ja, welche Krankheit?		
2 Sind Sie HIV negativ?		
3. Haben Sie eine Erkrankung bei einem der folgenden Organe, wenn ja welche?		
Herz: Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung, Rhythmusstörungen		
Kreislauf: Bluthochdruck, niedriger Blutdruck		
Atemwegs - oder Lungeninsuffizienz - Atemnot?		
Magen Darm Trakt - häufiges Erbrechen - Sodbrennen?		
Leber: Hepatitis A, B, C; Impfung A/B?		
Niere und Blase - Niereninsuffizienz?		
Bewegungsapparat - Arthritis - Arthrose?		
Nervensystem: Kopfschmerzen, Migräne, Epilepsie, Multiple Sklerose (MS)		
Stoffwechsel: Diabetes,		
Blut: Blutarm, Bluter		
4. Haben Sie Schmerzen in den Gelenken, schwellen diese an?		
5. Leiden Sie an Heuschnupfen, Asthma,, Hautausschlägen oder Allergie?		
Wenn ja welcher Allergie?		
6. Haben Sie eine Medikamenteunverträglichkeit?		
Wenn ja gegen welches Medikament?		
7. Haben Sie Schmerzen in der Brusthöhle wenn Sie sich anstrengen?		
8. Machen Sie eine spezielle Diät?		
9. Fallen Sie oft in Ohnmacht?		
10. Hatten Sie jemals einen Krampfanfall?		
11. Rauchen Sie und wieviel pro Tag?		
12. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		
Welche?		

Und weswegen müssen Sie welches einnehmen?		
13. Haben Sie heute bzw. zu Zeitpunkt des Termins Medikamente eingenommen?		
14. Für Frauen: Sind Sie schwanger?		

Angaben über den Zustand des Kausystems:

1. Haben sie das Gefühl, dass die Zähne Ihre Gesundheit beeinträchtigen?		
2. Sind Sie mit der Zahnform und der Zahnstellung zufrieden?		
3. Sind Sie mit der Farbe Ihrer Zähne zufrieden?		
4. Haben Sie Schwierigkeiten beim Schlucken?		
5. Können Sie gut kauen?		
6. Haben Sie jemals ein Injektionsmittel/Spritze nicht vertragen?		
7. Atmen Sie durch den Mund?		
8. Haben Sie Zahnschmerzen?		
9. Haben oder hatten Sie eine Infektion im Mund?		
10. Haben sie öfters Mundschleimhautausschläge (Aphten)?		
11. Wie oft putzen Sie Ihre Zähne am Tag?		
vor dem Schlafengehen		
nach jeder Mahlzeit		
nach dem Frühstück		
vor dem Frühstück		
12. Verwenden Sie Zahnseide? Und wenn ja wie oft?		
13. Verwenden Sie Zahnzwischenraumbürsten? Wenn ja wie oft?		
14. Wie viele Zwischenraumbürstengrößen verwenden Sie?		
15. Haben Sie Zahnfleischbluten?		
16. Haben Sie empfindliche Zähne?		
kalt		
warm		
beim Kauen		
17. Bleiben Ihnen Speisereste zwischen den Zähnen beim Kauen stecken?		
Wenn ja, wo?		
18. Haben Sie das Gefühl mit den Zähnen zu Knirschen?		
nachts		
tagsüber		
ständig		
19. Haben Sie schmerzen beim Aufmachen des Mundes oder beim Gähnen?		
20. Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche?		

links		
rechts		
21. Haben Sie Schmerzen im Bereich der Ohren?		
links		
rechts		
22. Haben Sie öfters Kopfschmerzen?		
23. Haben Sie Schmerzen im Nacken oder Halsbereich?		
24. Haben Sie Zähne die bei Schliessen, Kauen oder Schlucken stören?		
25. Ist ein Zahn besonders empfindlich?		
26. Können Sie Ihre Zähne automatisch schliessen oder müssen Sie einen Platz suchen?		
27. Sind Sie in bereits in zahnärztlichen Behandlung?		
28. Haben Sie Verletzungen im Bereich des Nacken oder Kopfes?		
29. Hatten Sie eine Kieferregulierung?		
Wenn ja, Abnehmbar oder Festsitzend?		
30. Wird Ihr Wohlbefinden durch den Zustand Ihrer Zähne beeinflusst?		
31. Wann war Ihre letzte Behandlung?		
32. Was wurde gemacht?		
33. Haben Sie Angst vor der Mundhygiene?		
34. Möchten Sie eine Spritze bekommen während der Behandlung?		
35. Sind Sie der Meinung, dass die Erhaltung der eigenen Zähne wichtig ist?		
36. Sind Sie der Meinung, dass ein künstlicher Ersatz die gleiche Funktion erfüllen kann?		
37. Welches besondere Anliegen hat Sie veranlasst unsere Ordinatoin aufzusuchen?		

Ich habe den vorliegenden Anamnesebogen durchgelesen und hatte ausreichend Möglichkeit, aufgetretene Fragen zu stellen. Nach eingehender Beantwortung meiner Fragen und Aufklärung durch Fr. Magdalena Müller, Mundhygieneassistentin, bestätige ich hiermit ausdrücklich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oa. Angaben. Ich wurde auch daraufhingewiesen, dass 4-6 Stunden nach einer eventuellen Injektionen meine Verkehrttüchtigkeit im Strassenverkehr, beeinträchtigt sein kann.

Ort und Datum

Unterschrift Patient:

Unterschrift des aufklärenden Arztes: