

ANAMNESEFRAGEBOGEN

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT*

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENTENANGABEN:

- Herr
 Frau

- Junge
 Mädchen

- Vater/Mutter
 Vormund/Beistand

NACHNAME

VORNAME

GEBURTSDATUM

BERUF

STRASSE

PLZ, WOHNORT

TELEFON PRIVAT

TELEFON MOBIL

NACHNAME

VORNAME

BERUF

STRASSE

PLZ, WOHNORT

TELEFON

E-MAIL

NAME UND ORT IHRES HAUSARZTES

KOSTENTRÄGER

- Selbstzahler/-in
 KVG/UVG/IV

- Ergänzungsleistung zu AHV/IV
 Sozialamt

- Asylbewerber/-in
 Andere: _____

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- überwiesen von _____
 auf Empfehlung von _____

- Website
 Suchmaschine
 Empfehlungsportal
 Sonstige (Telefonbuch, Anzeige etc.)

ANGABEN ÜBER DEN ALLGEMEINEN GESUNDHEITZUSTAND:

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

JA NEIN

1. Wurden Sie gegen Wundstarrkrampf (Tetanus) geimpft? Wann: _____
2. Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie etc.) auf Spritzen, Medikamente oder zahnärztliche Materialien?
3. Haben Sie einen ärztlichen Ausweis/Pass (Antibiotische Abschirmung, Blutverdünnung, Transplantate, Gelenkersatz, Herzschrittmacher)?
4. Wurden Sie im Laufe des letzten Jahres durch einen Arzt untersucht?
5. Waren Sie je schwer krank und/oder in Spitalbehandlung?
6. Bluten Sie leicht oder lange, wenn Sie sich verletzen?
7. Hatten Sie je einen Unfall im Bereich des Gesichtes oder der Kiefer oder wurden dort operiert oder bestrahlt?

JA NEIN

8. Hatten Sie je einen Unfall mit Verletzung der Zähne?
9. Leiden Sie momentan oder litten Sie je an folgenden Erkrankungen:
- Asthma oder Heuschnupfen?
 Atemnot bei leichten Anstrengungen (Treppensteigen)?
 Diabetes (Zuckerkrankheit)?
 Herzerkrankungen?
 hoher/niedriger Blutdruck?
 Infektionen (Tuberkulose, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten, HIV/AIDS)?
 Osteoporose?
 Seelisches Leiden?
 Tumorerkrankung?
 Andere: _____

EVIDENS

dental
medicine

EVIDENS Lugano – Via Vedeggio 1 – CH - 6928 Manno
+41 91 604 51 31 – info@evidens.swiss – evidens.swiss

JA NEIN

10. Fallen Sie leicht in Ohnmacht?
 11. Leiden Sie an häufigen Magen-Verdauungsstörungen oder erbrechen Sie häufig?
 12. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____
Seit wie vielen Jahren? _____

JA NEIN

13. Trinken Sie regelmässig Alkohol?
Wenn ja, wieviel? _____
 14. Konsumieren Sie regelmässig weiche oder harte Drogen? Welche? _____
 15. **Für Frauen:** Sind Sie gegenwärtig schwanger?

ANAMNESI DENTALE:

Quando ha fatto l'ultimo controllo dal/la dentista? _____

SOFFRE DI DOLORI:

ai denti alle gengive alle mascelle vicino all' orecchio alla testa alla nuca alla spalla alla schiena

SI NO

1. Digriгна i denti di notte?
 2. Sente dei rumori alle articolazioni quando mastica?
 3. Respira con la bocca aperta?
 4. Le gengive Le sanguinano quando spazzola i denti?
 5. Uno dei Suoi genitori soffre/soffriva di parodontite / piorrea?
 6. Ha particolari sensibilità al caldo o freddo?
 7. Ha l'alito cattivo?
 8. Era già in cura da un'igienista dentale per la pulizia?

SI NO

9. Quali mezzi usa per l'igiene orale quotidiana:
 spazzolino a mano
 elettrico
 filo interdentale
 spazzolino interdentale
 Se altri, quali?
 10. È soddisfatto dell'estetica dei Suoi denti?
 11. Ha paura del dentista, dell'ago o del trapano?
 12. Perché sta facendo questa visita specialistica?

Aggiunga per cortesia ogni altra informazione che Le sembra importante per la Sua cura: _____

Arztgeheimnis, Datenschutz, Gerichtstand und anwendbares Recht

- Im Falle einer zahnärztlichen Überweisung oder Aufträge an externe Zahntechniker darf das Zentrum für Zahnmedizin (ZZM) dem zugewiesenen Arzt respektive Zahntechniker alle Daten übermitteln, die das ZZM für diesen Zweck als geeignet erachtet.
- Im Falle einer Einholung von Kostengutsprachen darf das ZZM den Krankenkassen oder Ämtern alle Daten übermitteln, die das ZZM für diesen Zweck als geeignet erachtet. Die Adressangaben können zu administrativen Zwecken verarbeitet werden. Für die Rechnungsstellung der Privatpraxen am ZZM werden die Rechnungsdaten an die Arztekasse Genossenschaft übermittelt.
- Ich bin damit einverstanden, dass Sie im Falle meines Zahlungsverzugs die für das Inkasso notwendigen Daten an die zuständigen Betreibungs- und Konkursämter, Gerichtsinstanzen sowie einen allenfalls von Ihnen hierfür beauftragten Rechtsanwalt weiterleiten.
- Ich erteile hiermit dem ZZM meine Zustimmung, zum Zweck der Kredit- und Identitätsüberprüfung bei Wirtschaftsauskunfteien allenfalls gespeicherte Zahlungserfahrungs- und Adressdaten abzufragen.
- Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Gerichtsland Zürich ist und dass Schweizerisches Recht zur Anwendung gelangt.

Ort, Datum

Unterschrift

(Patient/gesetzlicher Vertreter –
urteilsfähige Kinder bitte mitunterschreiben)