



Anamnese

<input type="radio"/> Herr	<input type="radio"/> Frau	Geboren am:	.....
Name:	.....	Vorname:	.....
Adresse:	.....	PLZ/Ort:	.....
Telefon:	.....	Tel. Geschäft:	.....
Mobile:	.....	E-Mail:	.....
Beruf:	.....	Arbeitgeber:	.....
Hausarzt:	.....	Eltern/Gesetzl. Vertreter:	.....

	Ja	Nein
1. Beziehen Sie <input type="radio"/> IV/Ergänzungsleistungen? Oder werden Sie von <input type="radio"/> Sozialen Diensten unterstützt? Falls ja, AHV-Nr:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Spital oder in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Nehmen Sie zurzeit regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Haben Sie in den letzten Wochen blutverdünnende Medikamente eingenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Reagieren Sie ungewöhnlich auf <input type="radio"/> Spritzen? <input type="radio"/> Speisen? <input type="radio"/> Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hatten oder haben Sie:

6. Herz- oder Kreislaufstörungen/Herz-Operation?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. <input type="radio"/> Diabetes? <input type="radio"/> Magen- oder Darmerkrankungen?		
8. Haben Sie Allergien? <input type="radio"/> Latex? <input type="radio"/> Asthma? <input type="radio"/> Heuschnupfen? <input type="radio"/> andere? (Bitte aufführen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. <input type="radio"/> Zu hohen oder zu tiefen Blutdruck? <input type="radio"/> Rheuma? <input type="radio"/> Epilepsie?		
10. Infektionskrankheiten? <input type="radio"/> Hepatitis: <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> HIV/AIDS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Leukämie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Andere ernsthafte Erkrankungen? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Rauchen Sie? Falls ja: Circa Zigaretten pro Tag.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Für Frauen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung oder in der Dentalhygiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Haben Sie häufig Kopf-, Nacken- oder Kaumuskelschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Möchten Sie an die regelmässige Untersuchung bzw. Dentalhygiene erinnert werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich erkläre hiermit die Richtigkeit der angegebenen Daten und erkläre mich einverstanden, dass Daten oder Befunde meiner Krankheitsgeschichte inklusive Röntgenbilder oder Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke für medizinische, rechtliche sowie Zahlungszwecke anderen Medizinpersonen, Versicherungen, Inkasso- oder Betriebsstellen mitgeteilt oder auf Anfrage zugestellt werden können. Gerichtsstand für Streitigkeiten aus der Behandlung durch Ihren Zahnarzt ist 8750 Glarus.

Ich bin damit einverstanden, dass mir – falls notwendig – eine Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) gegeben wird. Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen (anhaltendes Taubheitsgefühl, Kribbeln) kommen kann, die in aller Regel wieder verschwinden. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung, bei der aktiven Teilnahme am Strassenverkehr für mehrere Stunden ein erhöhtes Unfallrisiko besteht.

Ort/Datum:

Unterschrift: