

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN (ANAMNESE)

Familienname	Vorname
Straße, Nr.	Postleitzahl, Ort
eMail	Mobiltelefon
Vers.-Nr. mit Geburtsdatum	

Die nachstehenden Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Welches Anliegen, welche Beschwerden führen Sie zu mir?	
Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls JA, weswegen:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauferkrankungen | <input type="checkbox"/> Hirnschlag (Apoplexie) |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Leber |
| <input type="checkbox"/> Zustand nach Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Nieren |
| <input type="checkbox"/> Leberentzündung (Hepatitis) | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Kieferhöhle |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten |
| <input type="checkbox"/> HIV (Aids) | <input type="checkbox"/> Zahnfleischrückgang |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Frauen: Schwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> Allergien, Medikamentenallergien | <input type="checkbox"/> andere Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> regelmässige Medikamenteneinnahme, welche: |
| <input type="checkbox"/> Mittel zur Blutverdünnung | _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung (Hämophilie) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutarmut (Anämie) | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfall (Synkope) | |

Lochau,	
Ort, Datum:	Unterschrift der Patientin/des Patienten

Information bezüglich Privatleistungen:

Bitte beachten Sie, dass nicht alle in dieser Praxis angebotenen Leistungen von Ihrer Krankenkasse gedeckt sind. Eine Erstattung durch Ihre Krankenversicherung ist u.a. nicht gewährleistet bei

- Lokalanästhesie („Spritze“), ausser bei chirurgischen Eingriffen
- Prophylaxe (Mundhygiene, Zahnreinigung)
- zahnfarbene („weiße“) Füllungen im Seitenzahnbereich anstelle von Amalgam
- allfällige weitere Leistungen; bei hier nicht angeführten allfälligen ausservertraglichen Leistungen werden Sie vorab informiert und Ihr Einverständnis wird eingeholt. Dies sind u.a. Lasertherapie, Kofferdam (Absolutisolierung), Periochip®.

Einverständniserklärung für Aufnahmen von Röntgenbildern:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei mir Röntgenaufnahmen im Rahmen der zahnärztlichen Behandlungen durchgeführt werden.

Grundsätzliches:

Ich werde jede Änderung meines Gesundheitszustandes und/oder Medikamenteneinnahme bei jedem Folgetermin bekanntgeben.

Die Kosten für ausservertragliche Leistungen, die nicht oder nur teilweise durch meine Gesundheitskasse ersetzt werden, trage ich selbst. Bei Versäumnis eines vereinbarten Termins trage ich die Kosten der Ausfallszeit, falls ich die Terminstornierung nicht im Voraus mitteile.

Falls ich in diesem Gesundheitsfragebogen als gesetzlicher Vertreter einer zu begleitenden Person (z. B. eines minderjährigen Kindes) Angaben mache, bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich die Gesundheitsdaten dieser Person kenne, im Sinne dieser Person zustimme und dazu berechtigt bin.

Ich habe dieses Dokument sorgfältig gelesen und habe keine weiteren Fragen. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben und umseitig gegebenen Antworten.

Lochau,	
Ort, Datum:	Unterschrift der Patientin/des Patienten