

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient

Damit wir optimal auf Ihre zahnmedizinischen Wünschen und Bedürfnisse eingehen können, benötigen wir einige Informationen. Nehmen Sie sich deshalb bitte einen Moment Zeit und füllen Sie Ihre Personalien und die Gesundheitsfragen vollständig aus. Alle Informationen unterliegen dem Arztgeheimnis. Bei Unklarheiten hilft Ihnen mein Praxisteam gerne weiter.

### Personalien

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Nationalität:
Strasse:	PLZ, Ort:
Telefon Privat:	Telefon Mobil:
E-Mail:	
Beruf:	Arbeitgeber:
Arbeitspensum (in Prozent):	Tel. Geschäft:

### Versicherungsangaben

Aktuelle Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

AHV-Nr.: \_\_\_\_\_ (finden Sie auf der Krankenkassen-Karte)

Versicherungsstufe:  
 allgemein       Halbprivat       Privat

Unfallversicherung:  
 durch den Arbeitgeber versichert  
 durch folgende Krankenkasse versichert: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherungen: \_\_\_\_\_

### Honorar-Garant:

**Selbstzahler**, Privatpatient

Anträge oder Gutsprachen zur Behandlung über Versicherungen, Sozialdienste oder die AHV/EL Kasse müssen vor der Behandlung erbracht werden.

**Nachträgliche Änderungen der Rechnung sind nicht möglich.**

- Sozialdienst**. Bitte Formular Sozialbehandlung ausfüllen
- Ergänzungsleistungen** der AHV/EL (Bestätigung beilegen)

\_\_\_\_\_

## Ärzte

Hausarzt (Name, Adresse): \_\_\_\_\_

Früherer Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Überweisung durch/Empfehlung von: \_\_\_\_\_

## Gesundheitsfragebogen

**Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?**  Ja  Nein

Wenn Ja, weshalb? \_\_\_\_\_

**Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?**  Ja  Nein

**Nehmen Sie regelmässig Medikamente?**  Ja  Nein

Bitte füllen Sie die Medikamentenliste aus.

**Rauchen Sie?** Wenn Ja, wie viel?  Ja  Nein

**Leiden Sie unter allergischen Reaktionen?**  Ja  Nein

Wenn Ja, weshalb? \_\_\_\_\_

**Bestehen Blut-oder Herzkreislauferkrankungen?**  Ja  Nein

**Haben Sie künstliche Herzklappen?**  Ja  Nein

**Besitzen Sie einen ärztlichen Ausweis? (Abschirmung)**  Ja  Nein

**Bestehen Stoffwechselerkrankungen wie:**  Ja  Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Schilddrüsenerkrankungen

**Bestehen neurologische Erkrankungen?**  Ja  Nein

**Bestehen Infektionskrankheiten?**  Ja  Nein

Hepatitis (Gelbsucht), HIV/AIDS

**Haben Sie zahnmedizinische Arbeiten im Ausland oder in Dentalzentern machen lassen?**  Ja  Nein

**Hatten Sie jemals einen Unfall, bei dem Kopf, Kiefer oder Zähne betroffen waren?**  Ja  Nein

**Bestehen andere gesundheitliche Probleme, die berücksichtigt werden müssen?**  Ja  Nein

**Haben Sie besondere Wünsche für die Behandlung?**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei Bedarf Informationen mit anderen medizinischen Personen oder Institutionen ausgetauscht oder angefordert werden können.

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung und für ein allfälliges Inkasso benötigten Daten an die zuständigen Stellen weiterzuleiten.

Ich gebe meine Zustimmung, dass Drittleistungen der Krankenkasse, der Sozialdienste, der AHV/EL/IV usw. direkt dem behandelnden Zahnarzt vergütet werden. Leistungspflichtig bleibt jedoch stets der Patient/die Patientin bzw. die zuständige gesetzliche Vertretung. Alle Versicherungs- bzw. Drittleistungen sind subsidiär.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_