



Anamnesebogen

Name:	E-Mail:
Vorname:	Beruf:
Strasse:	Arbeitgeber:
PLZ / Wohnort:	Telefon privat:
Geburtsdatum:	Telefon Geschäft:
Geschlecht: m w	Natel:
Erhalten Sie Ergänzungsleistungen? ☐ Ja ☐ Nein Welche? _____	Hausarzt:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- ☐ Empfehlung durch Freunde/ Familie/ Bekannte
☐ Internet
☐ Zeitung
☐ Sonstiges: _____

Haben Sie Angst vor der Behandlung: Ja Nein

Möchten Sie zur jährlichen Kontrolle aufgeboten werden? Ja Nein

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand

Waren Sie in den letzten Jahren im Spital oder in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn Ja, warum? _____

Nehmen Sie zurzeit regelmässig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____

Rauchen Sie ? Ja Nein

Wenn Ja, wie viel und seit wann? _____

Haben Sie allergische Reaktionen auf:

- Spritzen (Lokalanästhetika) Ja Nein
- Medikamente wie Aspirin, Eugenol oder Penizillin Ja Nein
- Latex Ja Nein

andere, wenn ja welche: _____

Rückseite →

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?		
Blutarmut	Ja	Nein
Blutungsneigung (Hämophilie)	Ja	Nein
Sind Sie antikoaguliert (Blutverdünnt)	Ja	Nein
Leukämie	Ja	Nein
zu tiefer Blutdruck	Ja	Nein
zu hoher Blutdruck	Ja	Nein
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	Ja	Nein
Haben Sie einen Endokarditis Ausweis	Ja	Nein
Herzfehler, künstliche Herzklappe, Herzschrittmacher	Ja	Nein
Herzinfarkt	Ja	Nein
Angina Pectoris	Ja	Nein
Herzrhythmusstörungen	Ja	Nein
Diabetes mellitus (Zuckererkrankung)	Ja	Nein
Schilddrüsenerkrankung	Ja	Nein
Osteoporose	Ja	Nein
Epilepsie	Ja	Nein
Tuberkulose	Ja	Nein
Tumorerkrankungen	Ja	Nein
Kieferhöhlenentzündungen	Ja	Nein
Rheumatische Erkrankungen	Ja	Nein
Sonstige Erkrankungen:		

Haben oder hatten Sie Infektionskrankheiten?

Ja Nein

wenn ja, welche? _____

Sind Sie HIV- positiv oder an AIDS erkrankt?

Ja Nein

Für Patientinnen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?

Ja Nein

Stillen Sie zur Zeit?

Ja Nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen oder Informationen mit meiner / m Hausärztin/arzt oder weitere, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen ausgetauscht werden dürfen.

Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie diesen **mindestens 24 Stunden** vorher abzusagen, damit wir die reservierte Zeit anderweitig weitergeben können. Anderenfalls kann Ihnen die reservierte, aber nicht genutzte Zeit in Rechnung gestellt werden.

Ort/ Datum: _____ Unterschrift: _____