

Anamnese

Zahnarztpraxis Neuwiesen

☐ Frau
☐ Herr

• Vorname _____ Nachname _____

• Adresse: Strasse _____
PLZ, Ort _____

• Telefon: Privat _____ Geschäft _____
Mobil _____

• E-Mail _____

• Geburtsdatum _____

• Beruf _____

• Staatsangehörigkeit _____ Niederlassung _____

Hausarzt/-ärztin: Name, Ort _____

Falls unter 18 Jahren: Gesetzlicher Vertreter

☐ Frau ☐ Herr

• Vorname _____ Nachname _____

Adresse: Strasse _____
PLZ, Ort _____

- Beziehen Sie Zusatzleistungen? (Fürsorge-, Sozialamt, IV etc.) ☐ Ja ☐ Nein
- Grund der Konsultation _____

Bitte folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand wahrheitsgetreu beantworten

- Aktuell in ärztlicher Behandlung? Grund? _____ ☐ Ja ☐ Nein
- Regelmässige Medikamenteneinnahme? Welche? _____ ☐ Ja ☐ Nein
- Leiden Sie an einer Immunschwäche? (HIV, Chemotherapie, Leukämie etc.) ☐ Ja ☐ Nein
- Durchgemachte oder aktuelle Infektionskrankheit? (Hepatitis etc.) ☐ Ja ☐ Nein
- Allergische Reaktionen? (Spritzen, Medikamente etc.) ☐ Ja ☐ Nein
- Blutgerinnungsstörung oder Medikamente mit Gerinnungsverzögerung?
(Faktormangel, Aspirin, Schmerzmedikamente, Blutverdünnung etc.) ☐ Ja ☐ Nein
- Erkrankung des Herzens, des Kreislaufs?
(Bluthochdruck, Herzschwäche, Atemnot unter Anstrengung, Durchblutungsstörung) ☐ Ja ☐ Nein
- Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe? ☐ Ja ☐ Nein
- Erhöhter Blutzucker? ☐ Ja ☐ Nein
- Erkrankung der Nieren? ☐ Ja ☐ Nein
- Lungenerkrankung? (Asthma, COPD etc.) ☐ Ja ☐ Nein
- Andere Erkrankung? Welche? _____ ☐ Ja ☐ Nein
- Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel Zigaretten/Tag? _____ ☐ Ja ☐ Nein
- Für die holde Weiblichkeit: Schwangerschaft? Welche Woche? _____ ☐ Ja ☐ Nein

Möchten Sie an Termine oder Recall-Termine bei uns erinnert werden? ☐ Ja ☐ Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- ☐ Zeitung/Flyer ☐ Internet ☐ Bekannte/Freunde ☐ Sonstiges _____

Die Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand werden nur für praxisinterne Informationen und streng vertraulich unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht verwendet. Die Information weiterer Institutionen geschieht nur bei Ihrem Einverständnis (Versicherungen, Fürsorgeämter, Überweisungen etc.)

Ich bestätige, dass meine Angaben wahrheitsgetreu sind

Ort und Datum _____ Unterschrift _____

Dr.med. Dr.med.dent. Fabian Schifko

Neuwiesenstrasse 18, CH-8046 Zürich-Affoltern, Tel: 044 371 63 93, Fax: 044 370 10 59, kontakt@neo-s-dent.ch
www.neo-s-dent.ch