

I & ZZ AG

Liebe Patientin, lieber Patient!

Gewisse Allgemeinerkrankungen bedingen Vorsichtsmassnahmen bei der zahnärztlichen Behandlung. Deshalb bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

Hinweise zur Organisation

Wir bitten Sie, Termine die Sie nicht einhalten können mindestens 24 Stunden vorher abzusagen (Da versäumte und nicht abgesagte Termine laut SSO abgerechnet werden), vielen Dank dafür.

Bitte teilen Sie **uns jede Änderung**: Ihrer Anschrift, Telefonnummer, Mail und Ihres Gesundheitszustandes und Ihre Medikamenteneinnahmen unaufgefordert immer mit. Danke dafür.

Weiterhin weisen wir darauf hin, dass nach einer Anästhesie die Fähigkeit zum Führen eines Fahrzeuges und/oder zum Bedienen einer Maschine 24 Stunden nicht möglich ist.

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n....

- Routinekontrolle neuen Zahnersatz
 Beratung „zweite Meinung“ Schmerzbehandlung

Haben oder hatten Sie...

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Hohen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Niedrigen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzerkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hirnschlag | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zahnfleischbluten | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Epilepsie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| eine Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ohrensausen / Tinnitus | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| HIV (AIDS) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hepatitis | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Wenn ja, welcher Typ? A B C

Allergien? ja nein

Wenn ja,
worauf? _____

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Kostenträger? (w.z.b. Sozialamt, IV, EL, Caritas etc.) Pflichtangabe. ja nein

Sind bei Ihnen jemals
Unverträglichkeiten gegen Betäubungen beim Zahnarzt
aufgetreten? ja nein

Nur für Frauen
Sind Sie schwanger? ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der obigen Angaben
Datum & Unterschrift : der Patientin, des Patienten oder des Erziehungsberechtigten.

Die Absage eines Behandlungstermines muss **24 Stunden** vorher erfolgen, da sonst der Termin nach SSO Richtlinien abgerechnet wird.