



Name
Vorname
Strasse
PLZ
Ort
Telefon Privat
Telefon Geschäft
E-Mail
Mobile
Zivilstand
Geburtsdatum
Hausarzt
Beruf/Tätigkeit
Krankenkasse
Versicherungsnummer 756.
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? ☐ Ja ☐ Nein
Beziehen Sie Sozialbeiträge? ☐ Ja ☐ Nein
Name und Vorname des gesetzlichen Vertreters
Adresse d. g. V.
PLZ und Ort d. g. V.
Grund der Konsultation
Überwiesen bzw. empfohlen durch

Ich erteile Ihnen mein Einverständnis, die für die Rechnungstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die von Ihnen beauftragten Personen und Institutionen weiter zu geben und bestätige mit meiner Unterschrift die wahrheitsgetreue Beantwortung der Anamnese.

Ort und Datum
Unterschrift

Allgemeinmedizinische Fragen

Ja Nein

- Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahren im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? ☐ ☐

Wenn ja, wieso?

- Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? ☐ ☐

Wenn ja, welche?

- Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (z.B. Penicillin, Jod, Latex o.a)? ☐ ☐

Bei bestimmten Materialien? ☐ ☐Bei bestimmten Arzneimitteln? ☐ ☐Bei bestimmten Nahrungsmitteln? ☐ ☐

- Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? ☐ ☐

Wenn ja, welche?

- Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?

Infektionskrankheiten

(z.B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV/Aids)? ☐ ☐Lebererkrankungen? ☐ ☐Zu hoher Blutdruck? ☐ ☐Zu niedriger Blutdruck? ☐ ☐Schlaganfall? ☐ ☐Nierenerkrankungen? ☐ ☐Diabetes? ☐ ☐Magen-Darmerkrankung? ☐ ☐Schilddrüsenerkrankung? ☐ ☐Rheumatismus/rheumatisches Fieber? ☐ ☐Asthma/Lungenerkrankungen? ☐ ☐Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? ☐ ☐Nervenerkrankungen? ☐ ☐Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? ☐ ☐

- Sonstige Erkrankungen? ☐ ☐

Wenn ja, welche?

- Haben/hatten Sie Verletzungen oder einen Unfall im Kiefer-/Gesichtsbereich? ☐ ☐

- Rauchen Sie regelmässig? ☐ ☐

- Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ☐

Wenn ja, in welchem Monat?

- Frauen: Nehmen Sie Antikontrazeptiva (die «Pille»)? ☐ ☐