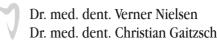
## **Anamnese**

## Zahnarztpraxis Ennetriederweg 7, 6060 Sarnen



Allgemeinmedizinische Fragen Ia Nein Name • Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahren im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? Vorname Wenn ja, wieso? Strasse PLZ Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Ort Wenn ja, welche? Telefon Privat Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (z.B. Penicillin, Jod, Latex o.a)? П Telefon Geschäft Bei bestimmten Materialien? E-Mail Bei bestimmten Arzneimitteln? Mobile Bei bestimmten Nahrungsmitteln? Zivilstand Geburtsdatum • Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Hausarzt Wenn ja, welche? Beruf/Tätigkeit • Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten? Krankenkasse Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV/Aids)? Versicherungsnummer 756. Lebererkrankungen? П Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? □ Ja □ Nein Zu hoher Blutdruck? Zu niedriger Blutdruck? Beziehen Sie Sozialbeiträge? □ Ja ☐ Nein  $\Box$ Schlaganfall? Name und Vorname des gesetzlichen Vertreters Nierenerkrankungen? Diabetes? Magen-Darmerkrankung? П Adresse d. g. V. Schilddrüsenerkrankung? PLZ und Ort d. g. V. Rheumatismus/rheumatisches Fieber? П **Grund der Konsultation** Asthma/Lungenerkrankungen? Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? Nervenerkrankungen? Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? П Überwiesen bzw. empfohlen durch Sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche? • Haben/hatten Sie Verletzungen oder einen Unfall Ich erteile Ihnen mein Einverständnis, die für die Rechnungstellung, im Kiefer-/Gesichtsbereich? das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die von Ihnen beauftragten Personen und Institutionen weiter zu geben und bestätige • Rauchen Sie regelmässig? П mit meiner Unterschrift die wahrheitsgetreue Beantwortung der Anamnese. • Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ort und Datum Wenn ja, in welchem Monat? Unterschrift • Frauen: Nehmen Sie Antikontrazeptiva (die «Pille»)? П