Zahnärztin
Dr. med. dent.
Ingrid Baaken-Buchrieser

Dieser Fragebogen besteht aus zwei Seiten. Bitte füllen Sie die erforderlichen Angaben auf Seite 1 aus und lesen Sie die Informationen auf Seite 2 sorgfältig durch. Bitte unterschreiben Sie auf beiden Seiten.

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN (ANAMNESE)

Familienname	Vorname
Straße, Nr.	Postleitzahl, Ort
eMail	Mobiltelefon
Vers.-Nr. mit Geburtsdatum	

Die nachstehenden Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Welches Anliegen, welche Beschwerden führen Sie zu mir?			
Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?	☐ ja ☐ nein	Falls JA, weswegen:	
Hatten Sie in der Vergangenheit bereits eine Operation?	☐ ja ☐ nein	Falls JA, welche Operation(en) wurden durchgeführt?	
		Art der Operation	Jahr

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- ☐ Herz-Kreislauferkrankungen
- ☐ Herzschrittmacher
- ☐ Zustand nach Herzinfarkt
- ☐ Leberentzündung (Hepatitis)
- ☐ Tuberkulose
- ☐ HIV (Aids)
- ☐ Diabetes (Zuckerkrankheit)
- ☐ Allergien, Medikamentenallergien
- ☐ Schilddrüsenüberfunktion
- ☐ Mittel zur Blutverdünnung
- ☐ Blutungsneigung (Hämophilie)
- ☐ Blutarmut (Anämie)
- ☐ Epilepsie
- ☐ Ohnmachtsanfall (Synkope)
- ☐ Hirnschlag (Apoplexie)
- ☐ Erkrankung der Leber
- ☐ Erkrankung der Nieren
- ☐ Erkrankung der Kieferhöhle
- ☐ Zahnfleischbluten
- ☐ Zahnfleischrückgang
- ☐ Frauen: Schwangerschaft
- ☐ andere Erkrankung
- ☐ regelmässige Medikamenteneinnahme:

Lochau,	
Ort, Datum:	Unterschrift der Patientin/des Patienten

Zahnärztin
Dr. med. dent.
Ingrid Baaken-Buchrieser

Information bezüglich Privatleistungen:

Bitte beachten Sie, dass nicht alle in dieser Praxis angebotenen Leistungen von Ihrer Krankenkasse gedeckt sind. Eine Erstattung durch Ihre Krankenversicherung ist u.a. nicht gewährleistet bei

- Lokalanästhesie („*Spritze*“), ausser bei chirurgischen Eingriffen
- Prophylaxe (Mundhygiene, Zahnreinigung)
- zahnfarbene („*weiße*“) Füllungen im Seitenzahnbereich anstelle von Amalgamersatz
- allfällige weitere Leistungen; bei hier nicht angeführten allfälligen ausservertraglichen Leistungen werden Sie vorab informiert und Ihr Einverständnis wird eingeholt. Dies sind u.a. Lasertherapie, Kofferdam (Absolutisolieung), Periochip©.

Einverständniserklärung für Aufnahmen von Röntgenbildern:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei mir Röntgenaufnahmen im Rahmen der zahnärztlichen Behandlungen durchgeführt werden.

Grundsätzliches:

Ich werde jede Änderung meines Gesundheitszustandes und/oder Medikamenteneinnahme bei jedem Folgetermin bekanntgeben.

Die Kosten für ausservertragliche Leistungen, die nicht oder nur teilweise durch meine Gesundheitskasse ersetzt werden, trage ich selbst. Bei Versäumnis eines vereinbarten Termins trage ich die Kosten der Ausfallszeit, falls ich die Terminstornierung nicht im Voraus mitteile.

Mir ist bewusst, dass Folge- und Kontrolltermine einen integralen Bestandteil der ärztlichen Behandlung darstellen und medizinisch erforderlich sein können, um den Verlauf der Behandlung zu überwachen und etwaige Komplikationen frühzeitig zu erkennen.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass das Auslassen oder Versäumen dieser Termine gesundheitliche Risiken birgt und den Behandlungserfolg gefährden kann. Ich erkläre verbindlich, Folge- und Kontrolltermine in dieser Praxis oder bei einem anderen Zahnarzt wahrzunehmen.

Falls ich in diesem Gesundheitsfragebogen als gesetzlicher Vertreter einer zu begleitenden Person (z. B. eines minderjährigen Kindes) Angaben mache, bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich die Gesundheitsdaten dieser Person kenne, im Sinne dieser Person zustimme und dazu berechtigt bin.

Ich habe dieses Dokument sorgfältig gelesen und habe keine weiteren Fragen. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben und umseitig gegebenen Antworten.

Lochau,	
Ort, Datum:	Unterschrift der Patientin/des Patienten