



ZÜRI ZAHNI

CANO + ZIMMERMANN @ WRIGHT PLACE

Anamnese

1. PATIENTENDATEN

Name Vorname
Zivilstand ledig verheiratet verwitwet geschieden
Nationalität Beruf

Geburtsdatum
Geschlecht weiblich männlich
Arbeitgeber

Bei Kindern (unter 18) Daten des Erziehungsberechtigten

Name Vorname
Zivilstand ledig verheiratet verwitwet geschieden
Nationalität Beruf

Geburtsdatum
Geschlecht weiblich männlich
Arbeitgeber

Adresse

Strasse
PLZ Wohnort

Land

Telefon

Privat Geschäft
E-Mail

Mobile

Zusatzinformationen

Wie sind Sie auf unsere Zahnarztpraxis aufmerksam geworden?
Vorheriger Zahnarzt
Hausarzt
Krankenkasse/AHV-Nr.

PLZ
PLZ

2. ZAHLUNGSMODALITÄT

Ich bin

Privatzahler

Ich werde unterstützt von

- Sozialamt
- Asylbehörden
- EL-Ergänzungsleistungen

Andere (Institutionen/Adresse und Kontaktperson)

3. GESUNDHEITSANAMNESE

a) Allgemeine Fragen

Grund des Besuches
Fühlen Sie sich zur Zeit gesund? Ja Nein
Nur für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Ja, in der Woche Nein
Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja, Wieso? Nein
Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen? Ja Nein
Leiden Sie unter Mundgeruch? Ja Nein

b) Fragen zur Gesundheit

Hatten Sie jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf
Speisen/Nahrung Ja Nein
Medikamente Ja Nein
Zahnärztliche Eingriffe Ja Nein



- Haben Sie eine Allergie, ggf. einen Allergiepass? Ja Nein
- Hatten Sie beim Zahnarzt je eine ungewöhnliche Reaktion? Ja, Welche? Nein
 (z.B. zahnärztliche Materialien, Anästhesien/Spritzen)?
- Nehmen Sie regelmässig Medikamente? Ja Nein
- Wenn ja, welche und aus welchem Grund?
- Bluten Sie lange, wenn Sie sich verletzen oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Ja Nein
- Befinden Sie sich in einer Therapie gegen verminderte Knochendichte/Osteoporose? Ja Nein
- Haben Sie ein künstliches Gelenk? Ja, Wo? Nein
- Benötigen Sie eine Endokarditis-Prophylaxe und/oder haben Sie einen Endokarditis-Pass? Ja Nein
- Haben Sie einen Herzschrittmacher, einen Stent und/oder einen Herzpass? Ja Nein
- Sind Sie immunsupprimiert oder hatten Sie eine Organtransplantation? Ja Nein

Hatten Sie in der Vergangenheit oder haben Sie aktuell folgende infektiöse Erkrankungen?

- Hepatitis A, B oder C Gelbsucht HIV+/Aids
 Tuberkulose Rheumatisches Fieber

Hatten Sie in der Vergangenheit oder haben Sie aktuell folgende Erkrankungen?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="radio"/> Magen-/ Darmerkrankung | <input type="radio"/> Hoher Blutdruck |
| <input type="radio"/> Leber-/ Nierenerkrankung | <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Krebs/ Tumor | <input type="radio"/> Embolien/ Thrombosen |
| <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Zuckerkrankheit/Diabetes | <input type="radio"/> Osteoporose |
| <input type="radio"/> Atemwegs-/ Lungenerkrankung | <input type="radio"/> Schweres Rheuma | <input type="radio"/> Asthma |
| <input type="radio"/> Psychische Leiden/ Depression | | |

Eine andere Erkrankung, die nicht aufgeführt ist?

c) Fragen zum Lifestyle

- Trinken Sie regelmässig Alkohol? Ja Nein
- Rauchen Sie? Ja, seit Jahren, ca. pro Tag Nein
- Nehmen Sie regelmässig Drogen? Ja Nein
- Wenn Ja, welche und wie oft?

Hiermit erteile ich meinem behandelnden Zahnarzt/meiner behandelnden Zahnärztin und dem Praxispersonal die Erlaubnis, medizinische Akten zur Einsicht einzufordern und erforderliche Patientendaten an die jeweiligen privaten oder staatlichen Institutionen/Stellen zur Beurteilung, Rechnungsstellung und/oder Inkasso weiterzuleiten.

Ich verpflichte mich, die Anamnese regelmässig zu überprüfen und Änderungen in meinem Gesundheitszustand meinem Zahnarzt/meiner Zahnärztin mitzuteilen.

Datum Unterschrift Patient

Ggf. gesetzlicher Vertreter/Vormund

aktualisiert am Visum aktualisiert am Visum



Disclaimer Züri Zahni

Liebe Patientin, lieber Patient

Wir heissen Sie bei Züri Zahni herzlich willkommen und bedanken uns im Voraus für das uns entgegengebrachte Vertrauen. Bei Ihnen ist eine Untersuchung und/oder eine eventuelle Therapie geplant. Wir bitten Sie, bevor es los geht, folgende Informationen zu lesen und uns mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis zu geben.

Bei Züri Zahni behandeln wir Sie nach den neusten Regeln und Erkenntnissen der Wissenschaft. Trotz hohem Qualitätsstandard und sorgfältigem Arbeiten können Komplikationen auftreten oder Schmerzen entstehen.

FOLGENDE PUNKTE SIND ZU BEACHTEN

- Je nach Behandlung kann eine lokale Ausschaltung der Schmerzempfindung (Lokalanästhesie) angezeigt sein. Trotz fachgerechter Anwendung sind allgemeine oder lokale Nebenwirkungen möglich: Unverträglichkeit der verwendeten Substanz (Allergie), Reaktionen im Herz-Kreislaufsystem (Herzrasen, Blutdruckabfall/-anstieg, Schwindel), Blutergüsse (Hämatome). In seltenen Fällen kann bei einer Leitungsanästhesie eine Schädigung von Nervenfasern eintreten. Als Folge sind eine vorübergehende Gesichtasymmetrie oder vorübergehende bzw. sehr selten dauerhafte Gefühlsstörungen (Kribbeln, Missempfindung bis hin zur Taubheit) im entsprechenden Versorgungsgebiet möglich. Bitte verzichten Sie, solange wie die Betäubung anhält, auf die Nahrungsaufnahme, da es zu Bissverletzungen, Verbrennungen oder Erfrierungen kommen kann.
- Es kann notwendig sein, dass ein Zahn in seiner Länge gekürzt oder, je nach Grad der Zerstörung, gezogen werden muss.
- Zähne, besonders im Rahmen einer Wurzelbehandlung oder einer Extraktion, können brechen und sind allenfalls nicht mehr erhaltungswürdig.
- Eine Wurzelbehandlung ist ein Versuch den Zahn zu retten (Erfolgsquote von über 90%). Ein Langzeiterhalt ist aber nicht garantiert. Selten können Wurzelkanalinstrumente brechen oder eine komplizierte Wurzelkanalanatomie verunmöglicht eine optimale Therapie.
- Im Rahmen einer Extraktion kann es zu Schmerzen, Infektionen, Schwellungen oder Nachblutungen kommen. In sehr seltenen Fällen und bei gewissen anatomischen Lagen der Zähne kann es zu einer Eröffnung der Kieferhöhle, einer Nervenschädigung oder zu einem Kieferbruch kommen.
- Eine Rekonstruktion, sei es eine Füllung, eine Krone, eine Brücke, ein Implantat oder eine Prothese, kann Schaden nehmen oder sich unter starker Belastung lösen. Die darauf folgende Kulanz orientiert sich an den Richtlinien der SSO.

Wünschen Sie eine Kostenschätzung Ihrer Behandlung, so bitten wir Sie, dies uns explizit mitzuteilen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie von oben aufgelisteten Punkten Kenntnis genommen haben und Sie über den Ablauf und die Risiken der Untersuchung bzw. des Eingriffs in verständlicher Weise aufgeklärt wurden. Fragen wurden zu Ihrer Zufriedenheit beantwortet.

Ich bin mit der Behandlung einverstanden

Datum

Unterschrift Patient/-in

Ggf. gesetzlicher Vertreter/Vormund