



ZÜRI ZAHNI

CANO + ZIMMERMANN @ WRIGHT PLACE

Anamnese

1. DATEN DER PATIENTEN

Name Vorname

Nationalität Zivilstand ledig verheiratet

Beruf Arbeitgeber

Geburtsdatum

Geschlecht weiblich männlich

Bei Kindern (unter 18) Daten des Erziehungsberechtigten

Name Vorname

Nationalität Zivilstand ledig verheiratet

Beruf Arbeitgeber

Geburtsdatum

Geschlecht weiblich männlich

Adresse

Strasse

Wohnort Land

PLZ

Telefon

Privat Geschäft

E-Mail

Mobile

Zusatzinformationen

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
 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 ein Herzschrittmacher, ein Stent und/oder einen Herzpass? Ja Nein
 Haben Sie ein Hörgerät? 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?
 Herz-Kreislauf-Erkrankungen Magen-/ Darmerkrankung Hoher Blutdruck
 Leber-/ Nierenerkrankung Herzinfarkt Schilddrüsenerkrankung
 Schlaganfall Krebs/ Tumor Embolien/ Thrombosen
 Epilepsie Zuckerkrankheit/Diabetes Osteoporose
 Atemwegs-/ Lungenerkrankung Schweres Rheuma Asthma
 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 behandelndem Zahnarzt 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 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 von Ihnen 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

- 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 eine optimale Therapie verunmöglichen.
- 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
Ggf. gesetzlicher Vertreter/Vormund