

# Anamnese

Herr \_\_\_\_\_  
 Frau \_\_\_\_\_  
 Kind \_\_\_\_\_  
 (Name) (Vorname)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Geb.Datum Vertreter: \_\_\_\_\_

Gesetzl. Vertreter: \_\_\_\_\_ Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
 Strasse: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
 PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
 Hausarzt: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Auf uns aufmerksam geworden durch:**  Empfohlen durch: \_\_\_\_\_  
 Local.ch/search.ch  Bassersdorf Guide  Altersheim Breiti  Praxisschild  Google  
 Zahnärztervergleich.ch  Notfalldienst  Facebook/Instagram  Edelweiss  Swiss  Eifach Schwiz

Ja	Nein	Bemerkungen:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Waren Sie während der letzten 2 Jahre im Spital oder in ärztlicher Behandlung? _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nahmen Sie in den letzten 4 Wochen irgendwelche Medikamente regelmässig ein? _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion auf Injektionen, Speisen oder Medikamente? _____
<b>Hatten Sie jemals:</b>		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-Schwierigkeiten mit langem Bluten _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-Herz- oder Kreislaufstörungen _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-zu hohen Blutdruck _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-Lungenkrankheit (COPD) _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-Blutkrankheiten _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-Zuckerkrankheit (Diabetes) _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-Magen- oder Darmerkrankungen _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-schweres Rheuma _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-Gelbsucht (Hepatitis A / B / C) _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-eine andere ernsthafte Erkrankung _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie HIV-positiv (AIDS) _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rauchen Sie _____

**WICHTIG:**

Falls die Kosten der Zahnbehandlung von **der IV, Ergänzungsleistung, Sozialamt, Asylamt oder Unfallversicherung** übernommen werden sollten, sind Sie verpflichtet uns diese Informationen **rechtzeitig** mitzuteilen, **bevor** eine Rechnung erstellt wird. Falls dies nicht geschieht, gehen die Kosten zu Lasten des Patienten.

Eine Verletzung des Trigemiusnervs (N. Mandibulares insbes.) kann bei der Behandlung nicht ausgeschlossen werden.

Nicht eingehaltene Termine werden pro viertel Stunde mit 70.00 Fr. verrechnet, sofern sie nicht **24 Stunden** im Voraus abgesagt werden. Auf nicht bezahlte Rechnungen wird auf die 2. Und die 3. Mahnung je eine Umtriebs-Entschädigung von 10.- Fr. verrechnet.

**Alle Neupatienten sind gebeten Ihre Erstbehandlung sofort zu bezahlen.**

**Ich gebe Ihnen hiermit mein Einverständnis, die notwendigen Daten bezüglich Rechnungsstellung, Bonitätsprüfung, Inkasso und Buchführung an die Dentakont weiterzuleiten.**

Ort, Datum: Bassersdorf, \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_