

Bitte kreuzen Sie jene Punkte an, auf die Sie ungewöhnlich reagieren

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Erythromycin (Antibiotika) | <input type="checkbox"/> Codein |
| <input type="checkbox"/> Aspirin, Ibuprofen, Paracetamol | <input type="checkbox"/> Tetracyclin (Antibiotika) | <input type="checkbox"/> Metalle (Gold) |
| <input type="checkbox"/> Latex..... | <input type="checkbox"/> Lokalanästhetika (Spritzen) | <input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Medikamente..... | | |

Bitte kreuzen Sie jene Krankheiten/Punkte an, die auf Sie zutreffen

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> kurzzeitige Ohnmacht | <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> Asthma..... |
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Tuberkulose (Tbc) | <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> HV-Infektion (AIDS) | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Blutarmut | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Allergien: Welche? |
| <input type="checkbox"/> Magen- od. Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Blutverdünnung | |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung (Gelbsucht)..... | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen | <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung (Herzfehler | <input type="checkbox"/> Gelenkerkrankung..... |
| <input type="checkbox"/> Glaukom (erhöhter Augendruck) | Klappenersatz, Endokarditis | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie..... |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion..... | <input type="checkbox"/> haben Sie einen Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Chemotherapie |
| <input type="checkbox"/> Hormonstörung | <input type="checkbox"/> Apoplex (Schlaganfall) | <input type="checkbox"/> bei Frauen: Besteht eine |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose..... | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung (Multiple Sklerose)..... | Schwangerschaft..... |
| <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2..... | <input type="checkbox"/> Epilepsie (Anfallsleiden) | <input type="checkbox"/> Raucher..... |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Zahnärztliche Anamnese

- | | | | |
|---|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Haben Sie Schmerzen an den Zähnen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Wenn ja, wo | | | |
| Blutet das Zahnfleisch beim Zähneputzen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ein wenig | <input type="checkbox"/> ja |
| Sind die Zähne empfindlich auf | <input type="checkbox"/> kalt | <input type="checkbox"/> heiß | <input type="checkbox"/> beim Kauen |
| | | nein | ja |
| Haben Sie manchmal Beschwerden in den Kiefer- und Nasennebenhöhlen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie manchmal Schmerzen/Spannungsgefühl im Kiefergelenk/Gesichtsbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Hals- od. Schulterschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne ein Problem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie ängstlich während der Zahnbehandlung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ein wenig | <input type="checkbox"/> ja sehr |

Falls ein vorgemerakter Termin nicht eingehalten werden kann, ersuche ich höflichst, das mindestens 24 Stunden vorher bekannt zu geben. Nicht abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden.

.....
Datum

.....
Unterschrift

„Der Patient nimmt zustimmend zur Kenntnis, dass Dr. Saxer als Wahlarzt tätig ist und Honorare vom Patienten direkt zu begleichen sind. Bezahlte Honorarnoten können bei der Krankenkassa zwecks Refundierung des Kassenanteils (direkt an den Patienten) eingereicht werden“