



## Gesundheitsfragebogen/ Anamnese

Praxisgemeinschaft  
Speer & Wildenhain

Wiesengasse 9  
8222 Beringen

Ihr Gesundheitszustand kann massgeblichen Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Tel.Privat: \_\_\_\_\_ Tel.Geschäft: \_\_\_\_\_

Natel: \_\_\_\_\_ email-Adresse: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigter/gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Beziehen Sie Sozialleistungen / Ergänzungsleistungen?  Nein  Ja  
**Falls Ja, bitte AHV Nummer und Adresse der zuständigen Behörde angeben!**

AHV-Nummer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### Bitte kreuzen Sie an:

Allergien  Nein  Ja  
Welche? \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankung  Nein  Ja  
 Unterfunktion  Überfunktion

Blutgerinnungsstörungen  Nein  Ja

Blutdruck: hoch / tief  Nein  Ja

Messen Sie den Blutdruck regelmässig?  Nein  Ja, Durchschnitt \_\_\_\_\_

Diabetes oder andere Stoffwechselstörungen  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Herzschrittmacher  Nein  Ja

Herzerkrankung  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Herzklappenerkrankung/-ersatz  Nein  Ja, welches Jahr \_\_\_\_\_

künstliche Gelenke z.B. Hüfte/Schulter/Knie  Nein  Ja, welches Jahr \_\_\_\_\_

Neurologische Erkrankungen, Epilepsie  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Nierenerkrankung  Nein  Ja, welche?

chronische Niereninsuffizienz

Dialyse  
 Lebererkrankung  Nein  Ja \_\_\_\_\_  
 Organtransplantation / -implantation  Nein  Ja \_\_\_\_\_  
 Infektionskrankheiten  Nein  Ja, welche?  
 TBC  Immunmangel-Syndrom (AIDS)  HIV  Hepatitis A  Hepatitis B  Hepatitis C

Nehmen Sie Drogen?  Nein  Ja \_\_\_\_\_  
 Rauchen Sie?  Nein  Ja, wieviel? \_\_\_\_\_  
 Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?  Nein  Ja  
 Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente?  Nein  Ja, bitte Tabelle ausfüllen

Medikament	Erkrankung

Wir bieten unseren Patienten einen individuellen kostenlosen Erinnerungsservice (Recall) an.  
 Möchten Sie an Ihren nächsten Termin erinnert werden?  Nein  Ja  
 Telefonisch  Brief  E-Mail

## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäss Art. 6,7 Abs. 1 DSGVO vom 25.05.2018  
 Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im  
 Behandlungsverlauf durch die Praxis zu. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten oder Befunde meiner  
 Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke zwecks allenfalls  
 notwendiger Abklärungen oder Informationen mit meinem Arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht  
 unterstehenden Personen, wie Versicherungen etc., ausgetauscht werden und dass die für die Rechnungsstellung,  
 das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden.  
 Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die  
 Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der  
 Einwilligung die Rechtmässigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung  
 nicht berührt. (Art. / Abs. 3 Satz 3 DSGVO).

## Patientenerklärung:

Ich bestätige hiermit, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäss beantwortet und ausgefüllt habe und dass ich alle  
 Fragen verstanden habe. Ich wurde über eine mögliche Fahruntüchtigkeit nach einer zahnärztlichen Behandlung,  
 insbesondere nach einer Spritze (Anästhesie) aufgeklärt.

Beringen, den \_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigt