

Anamneseblatt 1/2

Name:	Vorname:
Strasse, Nr.:	PLZ, Wohnort:
Geburtsdatum:	Beruf:
Tel. Privat:	Tel. Geschäft:
Mobiltelefon:	E-Mail:
Zahnarzt:	Hausarzt:
Überweisung durch Arzt <input type="checkbox"/> , Zahnarzt <input type="checkbox"/> , Sonstige <input type="checkbox"/>	
Name und Adresse:	

Welches besondere Anliegen führt Sie zu diesem Zahnarztbesuch? Bitte in jedem Fall ausfüllen!

Schmerzen , Beratung , Zweitmeinung , Unfall , Sonstiges

Wie wurden Sie auf unsere Praxis / Abteilung aufmerksam:
 Bekannte , Presse , Vortrag , Internet , Sonstige

Sind Sie Fürsorge-, Sozialhilfeempfänger , haben Sie Anspruch auf Ergänzungsleistungen zur AHV/IV

Name und Sektion der Krankenkasse / Versicherung:
 Allgemein , Halbprivat , Privat , Zusatzversicherung Komplementärmedizin , Zusatzversicherung Zahnmedizin

Gesetzlicher Vertreter: Name, Vorname und Adresse:

Zahnmedizinische Fragen

	J	?	N
Haben Sie Schmerzen an Zähnen <input type="checkbox"/> , am Zahnfleisch <input type="checkbox"/> , im Ober- <input type="checkbox"/> oder Unterkiefer <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie oft Aphthen <input type="checkbox"/> , Fieberbläschen <input type="checkbox"/> , Entzündungen der Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> , Mundtrockenheit <input type="checkbox"/> , Mundbrennen <input type="checkbox"/> , Schleimhautveränderungen <input type="checkbox"/> , Prothesendruckstellen <input type="checkbox"/> , Sonstiges <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie einen Zahnunfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, erfolgte eine Meldung bei der Unfallversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufig Kopf-, Nacken-, Schulter- oder Kaumuskel-schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal das Gefühl, Mundgeruch zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen Sie Mundhygienehilfsmittel wie Zahnseide <input type="checkbox"/> , Zahnzwischenraumbürstchen <input type="checkbox"/> , Mundspüllösung <input type="checkbox"/> , Sonstiges <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft? täglich <input type="checkbox"/> , mehrmals wöchentlich <input type="checkbox"/> , gelegentlich <input type="checkbox"/>			
Gehen Sie regelmässig zum Zahnarzt? halbjährlich <input type="checkbox"/> , jährlich <input type="checkbox"/> , gelegentlich <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann war die letzte Konsultation?			
Konsultationsgrund: Kontrolle <input type="checkbox"/> , Schmerzen <input type="checkbox"/> , Sonstiges <input type="checkbox"/>			
Wurden Sie schon von einer Dentalhygienikerin behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie je ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Spritzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie sonstige Probleme bei früheren zahnärztlichen Behandlungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen / Schwellung <input type="checkbox"/> , Nachblutung <input type="checkbox"/> , Materialunverträglichkeit <input type="checkbox"/> , Probleme mit Zahnersatz <input type="checkbox"/> , Sonstiges <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zum Gesundheitszustand

Fühlen Sie sich zurzeit krank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie im letzten Jahr in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weshalb?			
Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte alle aktuell eingenommenen Präparate auf beiliegender Medikamentenliste eintragen!			
Treiben Sie Sport? Welchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte auch die Rückseite dieses Formulars vollständig ausfüllen!

Haben oder hatten Sie...

Herz-Kreislaufkrankungen:	J	?	N
zu hohen oder zu tiefen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzbeschwerden / Angina pectoris?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen (z.B. Herzjagen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einen Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einen Schlaganfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot nach kleineren Anstrengungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geschwollene Beine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
periphere Durchblutungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einen angeborenen Herzfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine Herzklappenoperation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atemwegserkrankungen:

Nasennebenhöhlenentzündung (Sinusitis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronische Bronchitis / Lungenentzündung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Husten Blut im Auswurf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden beim Treppensteigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden beim Schlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bluterkrankungen:

eine Blutkrankheit – wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine Blutarmut (Anämie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine verlängerte Blutungszeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leicht entstehende blaue Flecken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluttransfusionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine Dialyse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blutverdünnende Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ein Blutspendeverbot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allergische Reaktionen:

Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautausschläge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überempfindliche Reaktionen auf Medikamente wie Lokalanästhetika <input type="checkbox"/> , Penicillin <input type="checkbox"/> , andere Antibiotika <input type="checkbox"/> , Jod <input type="checkbox"/> , Sulfonamide <input type="checkbox"/> , Schmerzmittel <input type="checkbox"/> , Lebensmittel <input type="checkbox"/> , Pollen <input type="checkbox"/> , Staub <input type="checkbox"/> , Metalle <input type="checkbox"/> , Kunststoffe <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rheumatische Gelenkserkrankungen: J ? N

Arthritis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rheumatisches Fieber, Gelenkschwellungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
künstlicher Gelenkersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronische Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häufig Durst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häufigen Harndrang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine schlechte Wundheilung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hormonelle Störungen, Hormontherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Neurologische / psychische Erkrankungen:

eine Demenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine oder mehrere Depressionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morbus Parkinson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere Erkrankungen / Sonstiges:

ein chronisches Augenleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine Niereninsuffizienz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darmerkrankungen (z.B. Geschwüre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitmangel, Appetitlosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberentzündung, Gelbsucht (Hepatitis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose (MS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorbehandlung mit Medikamenten / Bestrahlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor- / Osteoporosebehandlung mit Bisphosphonaten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie (Krampfanfälle)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden oder litten Sie an einer Geschlechtskrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen HIV-Test gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann?			
Bestehen Risikofaktoren für eine HIV-Infektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Was? Wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmässig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Gesundheitsausweis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie Piercings / Tätowierungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie orale Kontrazeptiva (Pille)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie eine Spirale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich erkläre mich einverstanden, dass Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inkl. Röntgenbilder oder Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke für medizinische Zwecke anderen Medizinalpersonen mitgeteilt oder auf Anfrage zugestellt werden können. Diese Personen unterstehen ebenfalls der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum und Unterschrift des Patienten:

Datum und Überprüfung von:

Checkliste Mehrdimensionales Patienten-Screening (MPS)

Verantwortliche Person:

Beobachtungsdatum:

Patientendaten / Name, Vorname:

Geburtsdatum:

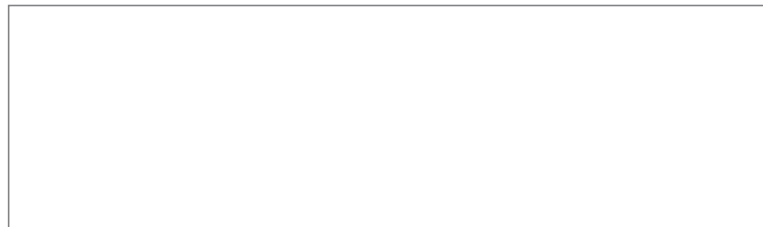
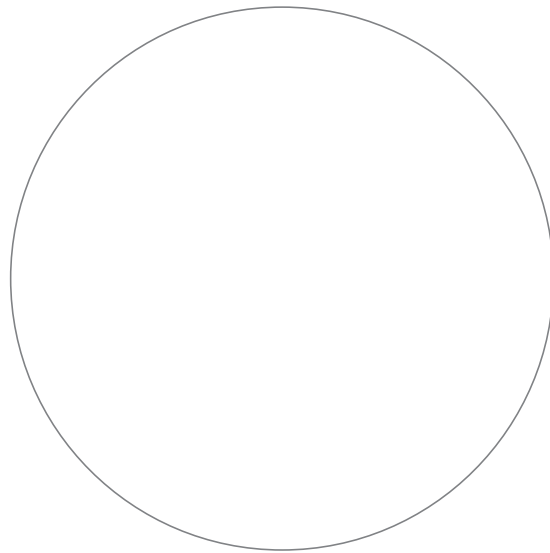
Auffälligkeit / Veränderung im Verhalten bzw. Erscheinungsbild des Patienten		Bemerkungen
Erscheinungsbild	<input type="checkbox"/> Bekleidung <input type="checkbox"/> Körperpflege <input type="checkbox"/> Mundgeruch (z. B. Alkohol, Aceton) <input type="checkbox"/> körperliche Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> Gewicht zu Körpergröße / Gewichtsveränderung	
Stimmungslage	<input type="checkbox"/> gedrückte Stimmung, negative Einstellung <input type="checkbox"/> Interessenverlust, Motivierbarkeit <input type="checkbox"/> Freudlosigkeit, Hilf- und Hoffnungslosigkeit <input type="checkbox"/> erhöhte Ermüdbarkeit <input type="checkbox"/> Verminderung des Antriebs, Denkhemmung	
Verhalten	<input type="checkbox"/> umständlich, weitschweifig <input type="checkbox"/> motorische Unruhe <input type="checkbox"/> reduzierte Aufmerksamkeit <input type="checkbox"/> affektlabil, eher affektarm, ratlos <input type="checkbox"/> Verwirrtheit, Angst, Halluzinationen, Wahn <input type="checkbox"/> plötzliche Veränderungen	
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> Datum, Wochentag, Monat, Jahr <input type="checkbox"/> Zeitverschiebung <input type="checkbox"/> Terminwahrnehmung, Pünktlichkeit <input type="checkbox"/> Fähigkeit zur Terminplanung	
Räumliche Orientierung	<input type="checkbox"/> An- und Rückreiseweg, Stockwerk, Praxis <input type="checkbox"/> Durchführung von Hygienemassnahmen	
Gedächtnis	<input type="checkbox"/> Merkfähigkeit (Namen von Bezugspersonen im Team, Termin, Adresse, Tel.-Nr., Behandlungsgrund, Auskunft, Aufklärung) <input type="checkbox"/> Hygieneinstruktion	
Erkennen, Verständnis	<input type="checkbox"/> Erkennen und Anwenden von Gebrauchsgegenständen (Terminkärtchen, Kugelschreiber, Spülglas, Speibecken, Hygieneinstrumente, Hygieneverordnung)	
Exekutive Kognition	<input type="checkbox"/> Planung / Durchführung komplexer Prozesse (Prothesenhandhabung) <input type="checkbox"/> Abstimmung der Aufmerksamkeitsressourcen	
Multi-Tasking	<input type="checkbox"/> gleichzeitige Ausführung mehrerer Aufgaben <input type="checkbox"/> Stops walking when talking	
Gangsicherheit	<input type="checkbox"/> Gangvariabilität <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung <input type="checkbox"/> Beweglichkeit, Schwäche <input type="checkbox"/> Hilfsmittel (Stock, Rollator)	
Sprachfähigkeit	<input type="checkbox"/> Wortfluss und Wortsinn	
Lesefähigkeit	<input type="checkbox"/> Vorlesen der Terminangabe auf Kärtchen, von Hygiene- / Medikamentenverordnungen	
Schreibfähigkeit	<input type="checkbox"/> Notieren der Termine auf Kärtchen oder Agenda	
Begleitung	<input type="checkbox"/> Betreuungs- / Hilfsbedürftigkeit	
Soziales Umfeld	<input type="checkbox"/> Verlust von Angehörigen <input type="checkbox"/> Wohnsituation	

Geriatric Depression Scale GDS nach Sheikh und Yesavage 1986

		J	N
1	Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
2	Haben Sie viele von Ihren Tätigkeiten und Interessen aufgegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
3	Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei leer?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
4	Ist Ihnen oft langweilig?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
5	Sind Sie meistens guter Laune?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
6	Befürchten Sie, dass Ihnen etwas Schlechtes zustossen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
7	Sind Sie meistens zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
8	Fühlen Sie sich oft hilflos?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
9	Sind Sie lieber zu Hause, statt auszugehen und etwas zu unternehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
10	Glauben Sie, dass Sie mit dem Gedächtnis mehr Schwierigkeiten haben als andere Leute?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
11	Finden Sie, es sei wunderbar, jetzt zu leben?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
12	Fühlen Sie sich so, wie Sie jetzt sind, eher wertlos?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
13	Fühlen Sie sich energiegeladener?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
14	Finden Sie, Ihre Lage sei hoffnungslos?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
15	Glauben Sie, die meisten anderen Leute haben es besser als Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

Total GDS

Bitte zeichnen Sie eine Uhr



Ernährungs-Checkliste nach Suter 2002

	J	N
Eine Erkrankung oder ein Symptom führt zu Veränderungen meiner Essgewohnheiten und /oder der Menge an zugeführter Nahrung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse weniger als 2 Mahlzeiten pro Tag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse wenig Obst, Gemüse oder Milchprodukte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konsumiere fast täglich 3 oder mehr Gläser Bier, Wein oder Schnaps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Zahn- oder Mundprobleme, die mir das Essen erschweren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe nicht immer genügend Geld, um die benötigten Nahrungsmittel einzukaufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse meistens alleine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme täglich 3 oder mehr Medikamente ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe während der letzten Monate ungewollt 4 bis 5 kg zu- oder abgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann aus körperlichen Gründen nicht immer Nahrungsmittelleinkäufe tätigen, kochen oder die Nahrung selbständig einnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total Punkte
