



Allgemeiner Anamnesebogen - **französisch** -

Questionnaire général concernant les mediceaux

Name Vorname Geburtsdatum
Nom:..... Prénom:..... date de naissance:

L´adresse: Adresse:.....

Ist eine Versicherung vorhanden? Ja, bei..... nein.....
Avez-vous une assurance maladie? Oui, chez..... non

Chère patiente, cher patient,

toutes les maladies peuvent avoir des conséquences sur votre traitement. Nous vous demandons pour cela de bien vouloir répondre à ce questionnaire. Les renseignements donnés sont soumis au secret professionnel médical et servent exclusivement à adapter votre traitement et à votre état de santé.

(Svp remplir ou cocher ci-dessous)

1. Prenez-vous régulièrement des médicaments? **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** oui non
Si oui, lesquels? **Wenn ja, welche?**.....
.....
2. Prenez-vous des médicaments qui changent la coagulation du sang oui non
(par exemple. Marcumar, Pradaxa oder Xarelto)?
Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen?
Si oui, lesquels? **Wenn ja, welche?**.....
3. Y a-t'il des médicaments que vous ne supportez pas? oui non
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?
Si oui, lesquels? **Wenn ja, welche?**.....
4. Êtes-vous sujet à réaction allergique? **Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?** oui non
 - concernant certain matériaux? **Bei bestimmten Materialien?** oui non
 - concernant certains médicaments? **Bei bestimmten Arzneimitteln?** oui non
 - concernant certains aliments? **Bei bestimmten Nahrungsmitteln?** oui non
5. Êtes-vous allergique **Haben Sie eine**
 - à la pénicilline? **Penicillinallergie?** oui non
 - à l'iode? **Jodallergie?** oui non
 - au latex? **Latexallergie?** oui non
6. Avez-vous ou avez-vous eu antérieurement une maladie cardiaque? oui non
Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?
 - Vices cardiaques congénitaux ou acquis? **Angeborener oder erworbener Herzfehler?** oui non
cardiopathie valvulaire ou valvuloplastie? **Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese?** oui non
 - Endocardite? **Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?** oui non
opération cardiaque? **Herzoperationen?** oui non
 - Avez-vous un pacemaker? **Haben Sie einen Herzschrittmacher?** oui non

7. Souffrez-vous ou avez-vous souffert antérieurement d'une des maladies précisées ci-dessous?
 Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?
- maladie infectieuse (par exemple tuberculose, hépatite, Sida) *Infektionskrankheiten* oui non
 - maladie du foie? *Lebererkrankungen?* oui non
 - maladie cardiaque (infarctus, angine de poitrine)? *Herzerkrankungen* oui non
 - hypertension? *Zu hoher Blutdruck?* oui non
 - hypotension? *Zu niedriger Blutdruck?* oui non
 - apoplexie cérébrale? *Schlaganfall?* oui non
 - maladie rénale? *Nierenerkrankungen?* oui non
 - Diabète? *Diabetes?* oui non
 - maladie de la thyroïde? *Schilddrüsenerkrankung?* oui non
 - maladie sanguine ou de la coagulation du sang?
Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? oui non
 - Maladie neurologique? *Nervenerkrankungen?* oui non
 - Épilepsie? *Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?* oui non
8. Avez-vous été opéré durant l'année dernière? *Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?* oui non
 Si oui, à quel endroit du corps? *Wenn ja, in welchem Körperbereich?*
9. Avez-vous ou avez vous eu antérieurement une blessure au niveau de la mâchoire ou du visage?
Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? oui non
10. Jusqu'à présent avez-vous bien supporté la piqûre chez votre dentiste?
Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? oui non
11. Avez-vous déjà eu une perte de sang après une extraction dentaire?
Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? oui non
12. Avez-vous subi un traitement dentaire suite à une maladie générale?
Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden? oui non
13. Quand avez vous eu votre dernière radiographie? *Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?*
 Concernant quelle partie du corps? *In welchem Körperbereich.....*
14. **Pour les femmes:** *Für Frauen:*
 Êtes-vous enceinte *Besteht eine Schwangerschaft?* oui non
 Si oui, en quel mois? *Wenn ja, in welchem Monat?.....*
15. Nom et adress du médecin traitant: *Name und Anschrift des Hausarztes:*

 Lieu, Date
Ort, Datum

 signature du patient
Unterschrift des Patienten