



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

Persönliches

Patient | -in
Herr | Frau | Kind

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdag
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße Hausnr.	Postleitzahl Wohnort	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	Telefon	Mobil-Tel.

Mitglied |
Zahlungspflichtige | -r
(bei Kindern Erziehungsberechtigte | -r)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdag
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße Hausnr.	Postleitzahl Wohnort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	Telefon	Mobil-Tel.

Kostenträger
(Krankenkasse |
Versicherung)

<input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert	<input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt
<input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif Versicherte(r)	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert
<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif-Versicherte(r)	<input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)
<input type="checkbox"/> Ich bin Privat zusatzversichert		

Beruf des
Patienten

<input type="checkbox"/> Schüler Student	<input type="text"/>
	Arbeitgeber

Anschrift des
Arbeitgebers

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße Hausnr.	Postleitzahl Ort	Telefon

Beruf des
Mitgliedes

<input type="checkbox"/> Schüler Student	<input type="text"/>
	Arbeitgeber

Anschrift des
Arbeitgebers

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße Hausnr.	Postleitzahl Ort	Telefon



Ihr Hausarzt

Name des Arztes | der Praxis

Adresse

Telefon

1. Hatten | haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhauskeim MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor Karzinom Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A B C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

	ja	nein	Wenn ja, welche:		ja	nein
Bestehen Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nehmen Sie Marcumar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blutdruck niedrig normal hoch

Werte

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

ja nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche:

3.1 Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente (sog. Bisphosphonate) ein:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/> Actonel	<input type="checkbox"/> Aredia	<input type="checkbox"/> Clodron	<input type="checkbox"/> Etidronat	<input type="checkbox"/> Pamidron	<input type="checkbox"/> Skelid
<input type="checkbox"/> Aclasta	<input type="checkbox"/> Bondronat	<input type="checkbox"/> Didronel	<input type="checkbox"/> Fosamax	<input type="checkbox"/> Pamifos	<input type="checkbox"/> Tevanate
<input type="checkbox"/> Alendo	<input type="checkbox"/> Bonafos	<input type="checkbox"/> Diphos	<input type="checkbox"/> Fosavance	<input type="checkbox"/> Ribodronat	<input type="checkbox"/> Zometa



3.2 Erhalten sie regelmäßig eine Infusionsbehandlung?

ja nein

Wenn ja, weshalb:

4. Bestehen Suchtkrankheiten

ja nein

Wenn ja, welche:

5. Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein ungewiss

ggf. wievielte Woche?

6. Liegt | lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?

ja nein

Unfalldatum

Art der Verletzung:

7. Sonstige Angaben | andere Krankheiten

8. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?

ja nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden Einfluss von Medikamenten oder Injektionen beeinträchtigt sein kann.

9. Röntgenuntersuchung

ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung | Computertomographie?

Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein

Wünschen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Datum	Körperteil



Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (wie z.B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus Trigemini (einem Hirnnerv) mit Gefühl versorgt.

Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie) in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (Intraligamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nervs (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar. Ferner kann es unter anderem zu folgenden Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist primär Komplikationen kommen:

Hämatom (Bluterguss):

Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt darüber informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

Nervenschädigung:

Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte oder Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach maximal 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie Ihren Zahnarzt.

Verkehrstüchtigkeit:

Infolge der örtlichen Betäubung und der Zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist primär nicht auf das Medikament, sondern vielmehr auf den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung sowie der lokalen Irritation zurückzuführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Selbstverletzung:

Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (z.B. Zunge, Wange, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

Die Aufklärung habe ich verstanden.

Datum

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu.