

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis. Damit die Behandlung nach Ihren Wünschen und auf Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, benötigen wir die Beantwortung nachfolgender Fragen. Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sehr sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht STGB § 203, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung haben, helfen wir Ihnen gerne.

Ihr Praxisteam Dr. Ralf Wagner & Dr. Marion Richter

Name des Patienten	Vorname	Geboren am
Name des Versicherten	Vorname	Geboren am
Straße	Postleitzahl/Ort	
Telefon Privat	Telefon Geschäft	
Telefon Mobil	E-Mail-Adresse	
Krankenkasse	Arbeitgeber	Beruf

- Sind Sie gesetzlich versichert? Haben Sie eine Zahnzusatz-Versicherung?
 Sind Sie freiwillig gesetzlich versichert?

Für gesetzlich Versicherte Patienten: Bitte denken Sie daran, dass wir in jedem neuen Quartal Ihre Krankenversichertenkarte benötigen. Liegt sie uns auch 10 Tage nach Behandlung noch nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte/Gebührenordnung für Ärzte (GOZ/GOÄ)

- Sind Sie privat versichert? Sind Sie bei der Beihilfe versichert?
 Sind Sie in einem Basistarif versichert? Haben Sie eine Faktor-Begrenzung in Ihrem Versicherungsvertrag?

Dürfen wir Sie ½ jährlich an Ihren Vorsorgetermin erinnern? (Recall) JA () NEIN ()

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen!

Herz/Kreislaufkrankung:

- Liegt eine Erkrankung des Herzens vor
- Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- Künstliche Herzklappe
- Herzschrittmacher
- Herz-Rhythmusstörungen
- Herzoperationen
- Haben Sie einen Herzpass? Ausgestellt von: _____
- Sonstiges: _____

Leber:

- Gelbsucht
- Hepatitis A oder B oder C
- Lebererkrankungen Welche?: _____

Stoffwechsel:

- Diabetes M mellitus (Zuckerkrankheit)
- Sodbrennen
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- Magen-Darmerkrankungen

Blut/Blutdruck:

- Leiden Sie unter niedrigem Blutdruck?
- Leiden Sie unter hohem Blutdruck?
- Nehmen Sie Blutdruckmedikamente ein?
Welche?: _____
- Haben Sie Gerinnungsstörungen?

Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen?

- ASS
- Aspirin
- Marcumar
- Xarelto
- Pradaxa
- Plavix
- Eliquis
- Lixiana

Gefäße:

- Schlaganfall
- Thrombosen
- Durchblutungsstörungen
- Atemwege/Lunge:
- Asthma
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Chronische Bronchitis

Nieren:

- Dialysepatient
- Nierenerkrankung

Rücken/Knochen/Skelett:

- Rheuma
- Gelenkerkrankungen
- Bandscheibenbeschwerden
- Rückenbeschwerden
- Muskelschwäche
- Gelenkersatz?

Nerven/Gemüt:

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände
- Nervenerkrankungen? Welche:

Allergien:

- Heuschnupfen
- Penicillin
- Medikamente
Welche: _____
- Latex (Gummihandschuhe)
- Desinfektionsmittel
- Jod
- Sonstiges: _____

Liegt ein Krebsleiden vor?
Wenn ja, welches? _____

Andere Erkrankungen oder Behinderungen?

- Was für Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?
 - Besitzen Sie eine Medikamentenliste?
 - Regelmäßig? Wie viel?
- _____
- _____

Immunschwäche:

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- HIV/AIDS

Sind Sie Schwanger?
Welche Schwangerschaftswoche?

Rauchen Sie?
Wie viel durchschnittlich/Tag?

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol
oder Drogen zu sich?

Hinweis:

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitten wir Sie recht herzlich, Ihren Termin pünktlich einzuhalten oder 24 Stunden vorher abzusagen.

Falls es zu akuten Zahnproblemen kommen sollte, setzen Sie sich bitte vorab telefonisch mit uns in Verbindung, damit wir sie in unseren extra eingerichteten Schmerzzonen behandeln können. Nur so können wir Ihre Wartezeit verkürzen.

Bitte ankreuzen:

- Ich versichere, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß und entsprechend meinem eigenen Informationsstand gemacht habe.
- Ich bin damit einverstanden, Terminerinnerungen per SMS, E-Mail oder Anruf zu erhalten.
- Ich habe die Datenschutzinformationen gelesen.

Hermeskeil, Datum: _____ **Unterschrift:** _____

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 trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um Diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesie-Lösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intragamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste der Nerven (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 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 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.

Nervschädigung: 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, Wangen, 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. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

- Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

Hermeskeil, Datum: _____

Unterschrift: _____

Liebe Patienten!

Oftmals werden **Termine** weit im Voraus angefragt und auch vergeben. Dies kann im stressigen und hektischen Alltag dazu führen, dass diese Termine in Vergessenheit geraten.

Wenn Sie Ihre E-Mail Adresse bei uns hinterlegen, bieten wir Ihnen bei bestimmten Terminen einen kostenlosen Erinnerungsservice an. So können Sie sich entspannt auf den Besuch bei uns vorbereiten und wir erhalten Planungssicherheit und sind so in der Lage, unnötige und lange Wartezeiten zu verhindern und den reibungslosen Ablauf in der Praxis sicherzustellen.

Von daher bitten wir um Verständnis, dass für den Fall, dass der Termin nicht 24 Stunden vorher abgesagt wird, und wir so keine Möglichkeit haben ihn neu zu vergeben, gemäß §615 BGB eine Bearbeitungspauschale von

75 EURO

in Rechnung stellen.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich diese Regelung zur Kenntnis genommen habe.

Hermeskeil, Datum: _____

Unterschrift: _____