



PATIENTEN-ANAMNESEBOGEN

Liebe Patienten,
willkommen in unserer Praxis. Für eine individuelle, komplikationslose Behandlung benötigen wir einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus. Sobald sich etwas an Ihren Angaben ändert, informieren Sie uns bitte. Vielen Dank!

Name* Vorname* geb.*

Straße* PLZ/Ort*

Krankenkasse* Beruf E-Mail

Telefon privat Telefon geschäftlich Mobiltelefon

* Pflichtangaben

Hausarzt (falls vorhanden)

Name Straße Ort

Außerdem derzeit in Behandlung beim Facharzt für (falls zutreffend)

Name Straße Ort

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen
(zutreffendes bitte ankreuzen)

Herz/Kreislauf

- Herzfehler
 - Angina pectoris
 - Herzinfarkt
 - Herzmuskelentzündung
 - Herzklappenentzündung
 - Künstliche Herzklappe
 - Herzschrittmacher
 - Herzrhythmusstörungen
 - Endokarditis
 - Verengung der Herzkranzgefäße
 - Bypassoperation
 - Niedriger Blutdruck
 - Bluthochdruck
- oder _____

Gefäße

- Durchblutungsstörungen
 - Schlaganfall
 - Krampfadern
 - Thrombose
- oder _____

Atemwege/Lunge

- Asthma
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- chronische Bronchitis
- Lungenblähung

- Schlafapnoe
 - Schnarchen Sie?
- oder _____

Leber

- Gelbsucht/Hepatitis A/B/C
 - Leberverhärtung?
 - Fettleber
 - Gallensteine
- oder _____

Nieren, Blase

- Nierenentzündung
 - Dialysepflichtig
 - Nierensteine
 - Blasenkrankung
- oder _____

Magen, Darm

- Geschwür
 - Engstelle
 - Verdauungsstörungen
 - Sodbrennen
 - Refluxkrankheit
- oder _____

Stoffwechsel

- Diabetes mellitus Typ I
 - Diabetes mellitus Typ II
 - Schilddrüsenüberfunktion
 - Schilddrüsenunterfunktion
 - Kropf
- oder _____

Skelettsystem

- Rheuma
 - Arthrose
 - Gicht, Gelenkerkrankungen
 - Bandscheibenbeschwerden
 - Rückenschmerzen
 - Muskelschwäche
 - Muskelerkrankungen
 - Fibromyalgie
- oder _____

Nerven

- Krampfanfälle (Epilepsie)
 - Lähmungen
 - Depressionen
 - Angstzustände
- oder _____

Sonstiges

- Haut-/Geschlechtskrankheiten
- AIDS
- Tumorerkrankungen
- Osteoporose
- Kopfschmerzen/Migräne

Augen

- Grüner Star
 - Grauer Star
 - starke Einschränkung der Sehkraft
 - Blindheit
- oder _____

Blut

- Anämie
- Gerinnungsstörungen auch bei Blutsverwandten
- häufiges Nasenbluten
- blaue Flecken auch ohne Verletzung
- Nachbluten nach Operationen

oder _____

Allergie/Überempfindlichkeit

- gegen Nahrungsmittel, und zwar:

- gegen Medikamente, und zwar:

- Jod
- Pflaster
- Fruchtzucker
- Heuschnupfen
- Latex (Luftballon, Handschuhe)

oder _____

Hier nicht aufgeführte Erkrankungen?

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig eines der folgenden gerinnungshemmenden Medikamente ein?

- Aspirin
- Eliquis
- Marcumar
- ASS
- Clopidogrel
- Triclopidin
- Xarelto
- Plavix
- Pradaxa

Nehmen oder nahmen Sie jemals Bisphosphonate ein?

(z. B. bei Osteoporose, Knochenmetastasen oder fibröser Dysplasie)

- ja
- nein

Haben Sie eines dieser Medikamente in den letzten Tagen eingenommen?

Wenn ja, welche Dosis?

Rauchen Sie?

- ja
- nein

Nehmen Sie regelmäßig Drogen/Alkohol zu sich?

- ja
- nein

Traten/treten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?

Wenn ja, welche?

Besteht eine Behinderung?

Wenn ja, welche?

Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?

Für unsere Praxis

Besteht eine Zahnzusatzversicherung?

- ja
- nein

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft?

- ja
- nein

Möchten Sie von uns kostenlos daran erinnert werden, den nächsten Kontrolltermin zu vereinbaren?

- ja
- nein

Möchten Sie von uns kostenlos daran erinnert werden, den nächsten Zahnreinigungstermin zu vereinbaren?

- ja
- nein

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten.

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die örtliche Betäubung (Lokalanästhesie) dient dem Ausschalten des Schmerzempfindens im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können notwendige Behandlungen (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 Lokalanästhesielösung möglichst

dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie, in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intragamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des 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 u. a. zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatom (Bluterguss)

Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskel infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch Infektionen kommen. Bitte informieren Sie uns darüber, 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. Vor allem bei Injektionen im Unterkiefer kann eine Zungenhälfte, Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht; die spontane Heilung muss abgewartet werden. Bitte informieren Sie uns, wenn das Taubheitsgefühl nach maximal zwölf Stunden nicht vollständig abgeklungen ist.

Selbstverletzung

Solange außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile wie Zunge, Wangen oder Lippen betäubt sind, verzichten Sie bitte auf die Nahrungsaufnahme um Bissverletzungen, Verbrennungen oder Erfrierungen zu vermeiden.

- Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte dies individuell entscheiden

Ich versichere, alle Angaben entsprechend meinem Informationsstand gemacht zu haben. Die obenstehenden Informationen habe ich verstanden und zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift