

ANAMNESEBOGEN

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENTENDATEN

Name, Vorname	Geburtsdatum	
Straße, Nr.	PLZ, Ort	
Telefon Mobil	Telefon Festnetz	Telefon Arbeit
E-Mail	Beruf/Arbeitgeber (Diese Angaben sind wichtig für unser Rechenzentrum BFS)	

- Ja, die Praxis darf meine E-Mail-Praxis und Handynummer widerruflich zur direkten Kommunikation mit mir nutzen
 E-Mail-Praxis Handynummer

VERSICHERUNG

Krankenkasse gesetzlich versichert privat versichert Beihilfe Zusatzversicherung
 Bonusheft 5 Jahre in Folge 10 Jahre in Folge

Sind Patient und Mitglied der Versicherung **nicht identisch**, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Nr.	PLZ, Ort

ALLGEMEINE GESUNDHEITSINFORMATION

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- Hoher Blutdruck (Hypertonie)
 Niedriger Blutdruck (Hypotonie)
 Herzklappenerkrankung / -defekt
 Herzoperation
 Herzschrittmacher
 Angina pectoris
 Sonstiges: _____

Atemwegserkrankungen:

- Chronische Bronchitis
 Lungenentzündung Asthma
 COPD
 Lungenemphysem
 Schnarchen
 Schlafapnoe
 Sonstiges: _____

Infektionskrankheiten:

- HIV
 Hepatitis A / B / C
 Tuberkulose
 Sonstiges: _____

Augenerkrankungen:

- Grüner Star
 Grauer Star
 Starke Einschränkung der Sehkraft
 Blindheit
 Sonstiges: _____

Allergien/Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhetika, welche:

Allergien/Unverträglichkeiten:

- Schmerzmittel/Antibiotika, welche:

 Jod
 Allergiepass (bitte abgeben zum Kopieren!)

Gefäßerkrankungen:

- Schlaganfall
 Krampfadern
 Durchblutungsstörungen
 Thrombosen
 Sonstiges: _____

ALLGEMEINE GESUNDHEITSINFORMATION

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand.

Weitere Erkrankungen:

- Blutgerinnungsstörungen
- Nierenfunktionsstörungen/Dialyse
- Schilddrüsenerkrankung
- Ohnmachtsneigung
- Krebs, wo/welcher: _____
- Andere: _____
- Rheuma
- Epilepsie
- Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2

Allgemein:

- Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?
- Schwangerschaft, wenn ja welcher Monat _____

Allgemeine Angaben:

- regelmäßige Medikamente, wenn ja, bitte Angabe mit genauem Produkt- und Herstellernamen:

- Raucher, wenn ja wie viel Zigaretten/Tag: _____

- Alkoholgenuss, wenn ja wie oft: _____

- Drogenkonsum

Datum/Körperteil: _____

AUFLÄRUNG

Wichtiger Hinweis

Teilen Sie uns bitte Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor weiteren Behandlungsterminen mit!

Zahnärztliche Lokalanästhesie – Aufklärung

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 Hirnnerv) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an den 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 verwendbaren Substanzen nicht unbedingt vermeidbar.

Zahnärztliche Lokalanästhesie – Es kann unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen

Hämatom (Buterguss): Durch die Injektion können kleine Blutgefäße verletzt werden, wodurch Einblutungen entstehen. Sollte der Kaumuskel betroffen sein, kann es zu einer Behinderung bei der Mundöffnung und Schmerzen kommen. In ganz seltenen Fällen können auch Infektionen entstehen, Sie sollten dann sofort Ihren Zahnarzt darüber informieren! In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung aller Funktionen. Selbstverletzung: Solange der betäubte Zustand (z.B. Zunge, Wangen, Lippen) anhält, verzichten Sie bitte unbedingt auf die Nahrungsaufnahme, da neben Bissverletzungen auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich sind. Verkehrstüchtigkeit: Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Dies lässt sich auf den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung sowie auf lokale Irritationen zurückführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Zahnärztliche Lokalanästhesie – Einverständniserklärung

- Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- Ich habe keine weiteren Fragen mehr.

Terminwahrnehmung

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, daher planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, entsteht in unserer Praxis Leerlauf. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden, bei Terminen, die für 2 Stunden oder länger angesetzt sind, mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand und der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen.

Bedenken Sie bitte, dass Notfall-Patienten, in das Terminsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es in seltenen Fällen zu Zeitverzögerungen kommen. Sie werden dann umgehend informiert. Bitte haben Sie dafür Verständnis.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Recall-System

Ich willige ein, dass mich die Praxis im Rahmen des Recall-Systems regelmäßig an empfohlene Vorsorge-, Kontroll- oder Behandlungstermine erinnert. Die Erinnerung kann telefonisch, per SMS, E-Mail oder Post erfolgen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit für künftige Kontaktaufnahmen widerrufen kann.

- Ja, ich willige ein Nein, ich möchte nicht teilnehmen

Datenschutz Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art.6, Abs. 1 lit. a DSGVO. Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Behandlungszweck durch die Praxis zu. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben und die Einwilligung mit Ihrer Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift