

Anamnesebogen

Liebe Patienten, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie den 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.

Ihr Zahnarzt F. Hesse M.Sc. und Team

Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ	Ort
Telefon Festnetz	Telefon Dienst	Telefon Mobil
E-Mail	Beruf	Arbeitgeber

Terminerinnerung ja nein (bitte Handynummer angeben)

Versicherung

Krankenkasse

<input type="checkbox"/> Gesetzlich Versichert	<input type="checkbox"/> Privat versichert	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung
<input type="checkbox"/> Basistarif	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	

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

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung

Im Vorbeigehen

Internet

Sonstiges: _____

Anzeige

Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche:

Herztransplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zyanotische Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche:

Sonstige Erkrankungen:

	ja	nein
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____		

Nehmen Sie Medikamente ein?

ja nein

wenn ja, welche:

Herzmedikamente: _____

Cortison: _____

Schmerzmittel: _____

Antidepressiva: _____

blutverdünnende Medikamente: _____

Sonstige: _____

Medikamentenpass? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

Vorsorgeuntersuchung

Beratung

Schmerzbehandlung

Neuer Zahnersatz

Zweite Meinung

Überweisung Zahnarzt

Sonstiges: _____

	ja	nein
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutung beim Zähneputzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt (PZR)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen aktuelle Röntgenaufnahmen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anästhesieaufklärung

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerv) 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 Nervs (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt auszuschließen.

Ferner kann es 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 äußerst seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen. Nervenschädigung: Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende und dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem Injektionen im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte, die Unterkiefer- oder die Lippenregion betroffen sein können. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht, die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nach 24 Stunden nicht vollständig abgeklungen sein, informieren Sie uns.

Verkehrstüchtigkeit: Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Dies ist primär nicht auf ein Medikament, sondern vielmehr auf die subjektive Stressbelastung im Zuge der Behandlung und auf die lokale 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. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

Ich habe die Aufklärung verstanden.

Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

Wie bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden. Sollten Sie sich nicht an die vereinbarten Termine halten und nicht rechtzeitig abgesagt haben, stellen wir Ihnen die daraus entstandenen Kosten in Rechnung.

Ort, Datum

Unterschrift