



A N A M N E S E B O G E N (Bequem online ausfüllen, ggf. Google-Suchwort anklicken. Mailen oder ausdrucken & mitbringen)
 Bitte jede Zeile ausfüllen: **1. IHRE PERSÖNLICHEN DATEN**

Anamneseformular

PATIENT: _____ Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

VERSICHERTER: _____ Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

ANSCHRIFT: _____ Straße + Nr. _____ Postleitzahl + Ort _____

Telefon- Nr. _____ FAX- Nr. _____ Mobil- Nr. _____ Email-Adresse _____

EIGENER BERUF: _____

ARBEITSSTELLE: _____

Tagsüber erreichbar unter der Telefon-/Mobil-Nummer: _____ von - bis _____ Uhr

Fahrzeit zur Praxis: _____ vom Wohnort: _____ min _____ von der Arbeitstelle: _____ min

Anschrift Arbeitsstelle Versicherter: _____

Sind Sie: privat versichert? nein ja

beihilfeberechtigt? nein ja

Haben Sie einen Privat-Basis oder -Standardtarif abgeschlossen? nein ja

Haben Sie eine (Zahn-)Zusatzversicherung abgeschlossen? nein ja

Name Ihrer Versicherung/ Krankenkasse: _____

Zu benachrichtigender Angehöriger: _____ Name _____ Vorname _____

Anschrift Angehöriger: _____ Straße _____ Nr. _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Telefonnummer _____

Möchten Sie unseren **Erinnerungs- Service** nutzen? ja, durch: Anruf SMS Mail / nicht nötig

Das ist uns wichtig! Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen? Empfehlung: _____

Internet: wie: Google: Suchwort anklicken: _____ Nach- und Vorname: _____

Facebook: _____ Xing: _____

Telefonbuch Andere: -welche: _____

Wurden Sie überwiesen, wenn ja von wem (Name/Ort):

Was haben Sie bisher bei Ihrem Zahnarzt vermisst?

Was erwarten Sie von unserer Praxis?

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert und unterliegen den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

2. ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESEBOGEN

1. Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? nein ja

2. Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden? nein ja

3. Haben Sie Interesse über sanfte Laser- Zahnbehandlungen (z.B. Kariesbehandlungen ohne Bohrer, Versiegelung der Backenzähne, sichere Wurzelbehandlungen, schonende Parodontitisbehandlung, Implantatchirurgie und andere oralchirurgischen Eingriffen) aufgeklärt zu werden? nein ja

5. Haben Sie Röntgen-Bestrahlungen im Mund-, Kiefer-, Gesichts- oder Halsbereich bekommen? nein ja

6. Wurden Ihre Zähne / Kiefer / Kopf innerhalb der letzten Zeit geröntgt? nein ja

wenn ja: wann ca. _____ bei wem? _____

BITTE WENDEN

3. ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie folgende Angaben, die wir vertraulich behandeln, anzukreuzen, zu unterstreichen bzw. auszufüllen.

Hausarzt / Ort: _____

Hauszahnarzt / Ort: _____

letzter Termin dort: _____

- | | | | | |
|---|----------|--------------------------|--------|--------------------------|
| 1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher ? | nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> |
| 2. Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen ? | nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten? | | | | |
| a) Allergische Reaktionen, Unverträglichkeit von Medikamenten ? | nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, welche: _____ | | | | |
| Haben Sie einen Allergiepass? | nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> |
| b) Infektionskrankheiten (Gelbsucht, Tuberkulose, Aids oder andere) ? | nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, welche ? _____ | | | | |
| c) Asthma (schwere Atemnot), Bronchitis ? | nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> |
| d) Blutdruck ? | niedrig | <input type="checkbox"/> | normal | <input type="checkbox"/> |
| e) Schlaganfall, Herzinfarkt ? | nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> |
| f) Epileptische Anfälle, Krämpfe ? | nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> |
| g) Osteoporose? Nehmen Sie dafür Medikamente, welche: _____ | nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> |
| h) Zuckerkrankheit (Diabetes) ? | nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> |
| 4. Bestehen andere Krankheiten, wenn ja welche? _____ | | | | |
| 5. Nehmen Sie zurzeit oder regelmäßig Medikamente ein, wenn ja welche z. B. ASS, Marcumar, Plavix oder Bisphosphonate _____ | | | | |
| 6. Rauchen Sie ? Wenn ja, ca.: _____ pro Tag, seit _____ Jahren | nein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sind Sie schwanger? Wenn ja in welcher Woche? _____ | ungewiss | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| | | | ja | <input type="checkbox"/> |

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie & Einverständniserklärung zur zahnärztlichen 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 Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intragligamentäre 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 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.

- 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.

Datum _____ Unterschrift _____

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben auf den vorigen Seiten. Für Rückfragen seitens Krankenkassen, Versicherungen, Ärzten oder Zahnärzten entbinde ich die Praxis von der Schweigepflicht. Mit der Bilddokumentation, Speicherung und Verwendung klinischer Befunde bin ich einverstanden.

Dinkelsbühl, Datum _____
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter _____