

Anamnesebogen



Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____ SVN / Geb. Dat. _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Arbeitgeber _____

Krankenkasse _____ Zusatzversicherung _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter? (z.B. bei Kindern)

Name / Vorname _____ SVN / Geb. Dat. _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann.

Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Welches Anliegen führt sie zu uns?

- Routinekontrolle
- Beratung
- neuen Zahnersatz
- "zweite Meinung"
- akute Schmerzen
- Kiefergelenksbeschwerden
- andere Gründe: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Möchten Sie unseren monatlichen Praxisnewsletter per Mail erhalten? ja nein

Sie können Ihre Zustimmung zum Erhalt unseres Newsletters jederzeit schriftlich widerrufen.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

Herzens oder Kreislaufs	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leber	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nieren	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schilddrüse	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Magen-Darm-Traktes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Gelenke (Rheuma)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wirbelsäule	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Haben oder hatten Sie ...

hohen Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
niedrigen Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zahnfleischbluten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ohrensausen / Tinnitus	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Epilepsie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Grünen Star	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Tuberkulose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
HIV (Aids)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hepatitis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welcher Typ?	<input type="radio"/> A	<input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
Rauchen Sie?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Allergien	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Wenn ja, wogegen? _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen: _____

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie

- eine Herzklappenentzündung
- einen Herzschrittmacher
- Angina Pectoris
- einen Herzinfarkt

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

wenn ja welche? _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

ja nein wenn ja gegen welche? _____

Für unsere Patientinnen.

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Allgemeine Risiken der zahnärztlichen Behandlung

Sehr geehrte Patientin!
Sehr geehrter Patient!
Liebe Eltern!

Wir möchten Sie im folgenden auch über sehr seltene Risiken informieren, wir bitten Sie jedoch, sich keine unnötigen Sorgen zu machen.

Bei allen Therapieformen werden nur hochwertigste Medikamente und Materialien verwendet, trotzdem kann es in sehr seltenen Fällen zu unerwünschten Nebenwirkungen kommen.

Diese treten vor allem bei Überempfindlichkeit und im Rahmen bestimmter Vorerkrankungen auf.

Auch kann trotz modernster Absaugtechnik die Möglichkeit einer Verlagerung von Fremdkörpern in die Speiseröhre oder Luftröhre nie mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden.

Im Zuge der zahnärztlichen Behandlung ist häufig eine Schmerzausschaltung (Anästhesie) erforderlich. Eine örtliche Betäubung garantiert eine absolute Schmerzlosigkeit des zahnärztlichen Eingriffes.

Der Patient spürt ein völlig schmerzfeies Druckgefühl, wie etwa beim Händeschütteln.

Dazu wird im Oberkiefer an der betroffenen Stelle eine Injektion verabreicht.

Bei großer Empfindlichkeit muss (selten) eine weitere Injektion verabreicht werden.

Im Unterkiefer wird im hinteren Bereich ein kleiner Einstich getätigt, um mit dem Betäubungsmittel die Schmerzempfindung der gesamten Kieferhälfte auszuschalten.

Dadurch können sogar Kieferoperationen völlig schmerzlos durchgeführt werden.

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen

In extremen seltenen Fällen kann es aufgrund der Verabreichung einer Injektion zu unverträglichkeits- oder allergischen Reaktionen kommen, die eventuell sogar eine Aufnahme des Patienten in ein Spital notwendig machen, um alle Funktionen des Kreislaufes und des Körpers wiederherzustellen.

Dies kommt allerdings nur selten vor.

Ebenso selten kann es im Unterkiefer zu einer länger anhaltenden Betäubung kommen, die erst nach Wochen oder Monaten wieder abklingt. In seltenen Fällen ist eine dauernde Schädigung oder Beeinträchtigung der Nerven möglich, was allerdings nur seltenst vorkommt.

Um alle Risiken so gering wie möglich zu halten ist es besonders wichtig, dass Sie den beiliegenden Gesundheitsfragebogen gewissenhaft ausfüllen!

Den Informationsfragebogen habe ich gelesen, verstanden und meine Fragen wurden von den behandelnden Arzt vollständig und verständlich beantwortet.

Bei weiteren Fragen kann ich mich jederzeit an den behandelnden Arzt wenden.

Datum / Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten