

Anamnese - Bogen



Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien und Ihrem Versicherungsstatus natürlich auch Informationen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand. Eine gewissenhafte Beantwortung der nachfolgenden Fragen ist für eine optimal angepasste und vor allem risikoarme zahnärztliche Behandlung von entscheidender Bedeutung.

Sollten sich im Laufe der Zeit, in der Sie unser Patient sind, Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder anderer Angaben ergeben, bitten wir Sie, uns diese mitzuteilen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, oder Hilfe benötigen, steht Ihnen unser Praxisteam gerne zur Seite. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patient

Name: Vorname: geb.:

Straße: Tel.Nr.:

PLZ/Ort: Handy:

Beruf / Arbeitgeber: Tel.Nr. Arbeit:

e-Mail-Adresse:

Ich bin mit Benachrichtigungen z.B. zur Terminvereinbarung einverstanden.

Am Liebsten per e-Mail Brief Anruf

Ich bin mit Kostenvoranschlägen per e-Mail einverstanden.

Ich bin mit Rechnungen per e-Mail einverstanden.

Krankenversicherung: gesetzlich privat (bei

zusätzlich bin ich: beihilfeberechtigt zusatzversichert (bei

Versicherter - falls abweichend von „Patient“ (z.B. Kind oder Ehepartner):

Name: Vorname: geb.:

Straße: Tel.Nr.:

PLZ/Ort: Handy:

----- // -----

Hinweis zur Praxisorganisation:

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, was für Sie in der Regel kurze Wartezeiten gewährleistet. Um einen reibungslosen Ablauf sicherstellen zu können, bitten wir Sie, wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, uns möglichst frühzeitig (spätestens 24h vorher) zu benachrichtigen.

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN!

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir, die folgenden Fragen zu beantworten: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen? (zunächst bitte nur die 1. Spalte ausfüllen!)

Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
Herz-Kreislauf-Erkrankungen				
Hoher Blutdruck (Hypertonie)..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenerkrankung /-defekt, seit..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher, seit..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt , Wann?..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis-Prophylaxe..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich besitze einen Herzpass..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien / Unverträglichkeiten auf				
Lokalanästhetika (örtliche Betäubung, Spritze), Welche? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel, Welche?..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotika, Welche?..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich besitze einen Allergiepass <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionserkrankungen				
HIV, seit <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A <input type="checkbox"/> , B <input type="checkbox"/> oder C <input type="checkbox"/> seit..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose, seit..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Erkrankungen				
Blutgerinnungsstörungen..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie, letzter Anfall: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenfunktionsstörungen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit) seit..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Typ 1 (Insulin) <input type="checkbox"/> Typ 2 (Tabletten/Diat)	<input type="checkbox"/> Typ1 <input type="checkbox"/> Typ2	<input type="checkbox"/> Typ1 <input type="checkbox"/> Typ2	<input type="checkbox"/> Typ1 <input type="checkbox"/> Typ2	<input type="checkbox"/> Typ1 <input type="checkbox"/> Typ2
Schlaganfall, Wann?..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen, Welche?..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemeine Angaben

Ich bin Raucher/in -.....Zigaretten / Tag..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Anwendung von alkoholhaltigen Medikamenten oder Mundspüllösungen sollte bei mir aus medizinischen Gründen vermieden werden..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme regelmäßige folgende Medikamente ein:				
Frauen : Besteht eine Schwangerschaft?..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, Woche:				
Unterschrift:	Unterschrift:	Unterschrift:	Unterschrift:	Unterschrift:

Zahnärztliche Anamnese

- Ich war im letzten Jahr in zahnärztlicher Behandlung, bei.....
 - Es existieren Röntgenbilder meiner Zähne, ungefähres Datum:
- Ich habe empfindliche Zähne.
- Ich habe Zahnfleischprobleme.
- Ich hatte bereits eine Professionelle Zahnreinigung (PZR) beim Zahnarzt.
- Ich habe / hatte eine Zahnsperre. Die Behandlung wurde im Jahr beendet.
 - bei Kieferorthopäde/in:
- Ich knirsche / presse mit den Zähnen.
 - ich habe eine Knirscherschiene
- Ich habe Geräusche im Kiefergelenk, seit.....
- Ich habe Beschwerden im Kiefergelenk (vorn Ohr), seit.....
- Ich schnarche und / oder Ich bin häufig unausgeschlafen
- Sonstige Angaben.....

5. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung
- Überweisung von
- Internet / Homepage
- Sonstiges

Wichtige Informationen

Datenschutzaufklärung / Schweigepflicht:

In Einzelfällen kann es notwendig werden gebietsübergreifend mit anderen Ärzten oder Zahnärzten patientenbezogene Informationen auszutauschen. Sollte dies in meinem Fall notwendig sein, werde ich über diese Tatsache informiert. Mit einer notwendigen Weiterleitung meiner Informationen (z.B. Röntgenbilder) erkläre ich mich einverstanden und entbinde die Praxis diesbezüglich von der Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Patientenkartei für den jeweiligen Behandler einsehbar ist.

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen:

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, 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. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi.

Hinweis zu Behandlungskosten:

Aufgrund der Vielzahl der Versicherungsformen und -tarife kann von unserer Seite nicht gewährleistet werden, dass alle Kosten Ihrer zahnärztlichen Behandlung von den Versicherungen bzw. Beihilfestellen vollständig übernommen werden. Berechnungsfähige, aber nicht erstattungsfähige Kosten müssen vom Patienten bzw. vom Versicherten getragen werden. Bei absehbarer Eigenbeteiligung erfolgt von Seiten der Praxis vor der Behandlung eine detaillierte Kostenaufklärung bzw. erhalten Sie einen Kostenvoranschlag.

Hinweis zu Minderjährigen:

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung i.d.R. (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten notwendig. Dies gilt auch für die Anfertigung von evtl. notwendigen Röntgenaufnahmen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN!

Aufklärungsbogen und Einverständniserklärung **Lokal-Anästhesie (örtliche Betäubung)**

Um eine geplante zahnärztliche Behandlung weitgehend oder völlig schmerzfrei durchführen zu können, ist in vielen Fällen eine Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) oder eine intraligamentäre Anästhesie (Betäubung direkt am Zahn) erforderlich.

Mögliche Komplikationen und Risiken sind extrem selten, jedoch müssen Sie von uns trotz der geringen Komplikationsrate laut Rechtssprechung grundsätzlich darüber aufgeklärt werden. Die allgemeine Aufklärung sollte allerdings nicht unmittelbar vor der Behandlung erfolgen. Bei spezifischen individuellen Risiken werden Sie selbstverständlich unmittelbar vor der entsprechenden Behandlung nochmals darauf hingewiesen.

Mögliche Risiken (unter 1:100.000) können v.a. bei Betäubungen im Unterkiefer (sog. Leitungsanästhesie) insbesondere sein:

Eine Verletzung des Unterkiefernerfs (N. Alveolaris inferior) und des Zungennervs (N. Lingualis) mit meist vorübergehenden, sehr selten dauerhaften Gefühlsstörungen wie z.B. (starkem) Taubheitsgefühl oder Geschmacksstörungen.

Eine mögliche Alternative zur Leitungsanästhesie kann im Einzelfall die sogenannte intraligamentäre Anästhesie sein. Hierbei wird nur der zu behandelnde Zahn betäubt. Sind mehrere Zähne zu behandeln, muss jeder Zahn einzeln anästhesiert werden. Diese Anästhesieform ist allerdings erfahrungsgemäß schlechter wirksam als die normale Leitungsanästhesie.

Über die möglichen Komplikationen bei einer Lokalanästhesie beim Zahnarzt wurde ich aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei mir / bei meinem Kind bei Bedarf nach Absprache mit meinem Behandler eine örtliche Betäubung durchgeführt wird.

Regensburg, den _____

Unterschrift Zahnarzt

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter