

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesem Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit Ihre Wünsche bestmöglich erfüllt werden können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Team von Zahnärzte Elsdorf

Persönliches

.....
Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

.....
Versicherter: Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

.....
Straße

PLZ, Ort

.....
Telefon Festnetz

Telefon Arbeit

Mobil

.....
E- Mail

Beruf

Terminreminderung: Telefon Brief Email

Versicherung

.....
Krankenkasse

gesetzlich versichert

privat versichert

Zusatzversicherung

Basistarif

Beihilfeberechtigt

Betreuer

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein		ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche:			wenn ja, welche:		
.....			<input type="checkbox"/> Herzmedikamente:.....		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cortison:.....		
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schmerzmittel:.....		
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antidepressiva:.....		
wenn ja, welche:			<input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente.		
.....			(z.B. ASS, Marcumar, Heparin):.....		
.....			<input type="checkbox"/> Sonstige:.....		
Sonstige Erkrankungen:			Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			Für unsere Patientinnen:		
.....			Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			wenn ja, welche Woche:.....		

Aufklärung über die Lokalanästhesie/örtliche Betäubung:

Die Lokalanästhesie dient der Ausschaltung von 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. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar.

Ferner kann es u.a. zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatom (Bluterguss): Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einbluten in einen der Kaumuskel kann es zu Behinderung der Mundöffnung & Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen.

Nerv Schädigung: Bei der Leitungsanästhesie kann es 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.

Verkehrstüchtigkeit: Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und-Konzentrationsfähigkeit kommen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Selbstverletzung: Sollten auch die umgebenen Weichteile (z.B. Zunge, Wange, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

Diese Aufklärung habe ich verstanden und meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich bestätige mit meiner Unterschrift die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und akzeptiere somit auch die Berechnung der durch mich verursachten Ausfallzeiten.

Wir sind eine reine Bestellpraxis. Wir versuchen die Wartezeiten so kurz wie möglich zu halten. Daher bitten wir Sie Termine, die Sie nicht einhalten können **mindestens 24 Stunden vorher abzusagen**, da bei unentschuldigtem Fernbleiben **eine Berechnung der ausgefallenen Behandlungszeit** (Stundensatz 100,00 Euro) laut § 611,615 Satz 1 BGB (AG Viersen, AZ:17 C 199/05) stattfindet.

EU Datenschutz - Grundverordnung Inkrafttreten am 25.05.2018 Einwilligungserklärung

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten, deren Speicherung und Verarbeitung gestattet werden. Weiter willige ich ein, dass meine behandelnde Zahnärztin/ Zahnarzt die erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten darf. Zudem willige ich ein, dass sämtliche erforderliche medizinischen und sonstige personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person ausgetauscht werden dürfen, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Diese Einwilligung umfasst auch die in der Praxis und externe Hilfspersonen (Angestellte Zahnärzte ZFA, ZMP, ZMV, Labor)

Mundgesundheitsituation

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

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung | <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt | <input type="checkbox"/> Zweite Meinung |

Haben Sie Interesse an Zahnaufhellung und Frontzahnkorrekturen?

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie an Ihre Vorsorge zu erinnern?

.....
Ort, Datum Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.