



ANAMNESEBOGEN

Persönliches

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

Beruf

Krankenkasse

Mitglied

(falls nicht selbst versichert)

Beihilfeberechtigt

ja

nein

Allgemeine Gesundheitssituation

Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen?

	Ja/	Nein		Ja/	Nein		Ja/	Nein
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes (Typ I oder II)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Infektionskrankheiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenunterfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzrhythmusstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenüberfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschritmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rücken-/ Bandscheibenbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zustand nach Organtransplantation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
künstliche Herzklappe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Engwinkelglaukom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Endokarditis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheumatische Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Neurologische Erkankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie Schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

wenn ja, welche?

Sonstige Erkrankungen:

Nehmen Sie Medikamente ein?

Blutdruck-/Herzmedikamente

Schmerzmittel

blutverdünnende Medikamente:
(z.B. ASS®, Marcumar®,
Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa®,
Clopidogrel®, etc.)

Antidepressiva oder
Antiepileptika

Wurden Sie in der
Vergangenheit oder zur Zeit
mit Bisphosphonaten
behandelt?

Cortison

Sonstige:

Wegen welcher Erkrankung?

Bitte wenden

Mundgesundheitsituation:

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

- Vorsorgeuntersuchung Beratung Zweite Meinung
 Schmerzbehandlung Neuer Zahnersatz Sonstiges: _____

ja/ nein

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? ja nein

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang? ja nein

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährig/jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)? ja nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Internet Persönliche Empfehlung Telefonbuch Sonstiges

Ich versichere, dass die oben genannten Angaben richtig und vollständig sind.

Ihrhove, den _____ Unterschrift _____
(Patient/in oder Erziehungsberechtigte/er)

Einwilligung in die Datennutzung zu therapeutischen Zwecken. Ich habe die Information zum Schutz meiner personenbezogenen Daten aufmerksam gelesen und erkläre hiermit mein Einverständnis zur personenbezogenen Datenverarbeitung in genanntem Umfang.

Ihrhove, den _____ Unterschrift _____
(Patient/in oder Erziehungsberechtigte/er)

Information zur Zahnärztlichen Anästhesie

Die Zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (z.B. Füllungen, Wurzelkanalbehandlungen, Extraktionen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Um den verantwortlichen Nerv zu betäuben, wird das Lokalanästhetikum in Abhängigkeit der Region, die betäubt werden soll, entweder direkt am Zahn oder in die Nähe eines größeren Nervenstranges (Leitungsanästhesie) appliziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht immer vermeidbar.

Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatom (Bluterguss): Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen im umgebenden Gewebe entstehen. Bei Einblutung in einen der Kaumuskeln infolge der Injektion, kann es durch die Schwellung zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch Infektionen kommen.

Nervschädigung: Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind zumeist vorübergehende sowie z.T. 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. Diese ist primär nicht auf das Medikament, sondern vielmehr auf Stress und Angst im Rahmen der Behandlung zurückzuführen. Sie sollten daher vorsichtshalber nach der Behandlung 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.

Ihrhove, den _____ Unterschrift _____
(Patient/in oder Erziehungsberechtigte/er)