

Gesundheitsfragebogen – Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um mögliche Risiken während oder nach der Behandlung auszuschließen und einen individuellen Behandlungsplan auszuarbeiten, bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig und gewissenhaft auszufüllen. Selbstverständlich greift die ärztliche Schweigepflicht. Wir sind Ihnen gern beim Ausfüllen behilflich.

Name: _____ Tel.: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Name und Anschrift Hausarzt/Hausärztin: _____

Grund Ihres Besuchs, Hauptbeschwerden: _____

Ich habe eine Zahnzusatzversicherung: ja nein

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen oder Zuständen?

Bitte Kästchen ankreuzen und Informationen ergänzen.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche (Herzinsuffizienz) | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher/Defibrillator |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz/Stents | <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris (Brustschmerzen) | <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie (z.B. Schlaganfall) |
| <input type="checkbox"/> Herzmuskelentzündung | <input type="checkbox"/> andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen |

Atemwegserkrankungen:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe |
| <input type="checkbox"/> COPD | |

Stoffwechselerkrankungen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus, HbA1c-Wert: _____ % | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Gicht |

Allergien:

allergische Reaktion auf: _____

Alkohol und Drogen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> regelmäßiger Alkoholgenuss | <input type="checkbox"/> Alkoholabhängigkeit |
| <input type="checkbox"/> Tabakkonsum, E-Zigarette | <input type="checkbox"/> Drogenabhängigkeit |

Bitte wenden!

Sonstige Erkrankungen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkprobleme |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> Angstpatient |
| <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankung | <input type="checkbox"/> extremer Würgereiz |
| <input type="checkbox"/> genetische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Komplikationen bei früheren Operationen |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
| <input type="checkbox"/> künstliche Gelenke | |

Infektionskrankheiten:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose (Tbc) | <input type="checkbox"/> andere Infektionskrankheit |

Schwangerschaft:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sie sind schwanger | <input type="checkbox"/> Sie stillen |
|---|--------------------------------------|

Medikamente:

- gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Xarelto, Eliquis)
- Endokarditisprophylaxe
- Bisphosphonate/ monoklonale Antikörper
- die Pille
- ich besitze eine Medikamentenliste
- sonstige Medikamente: _____

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne? _____

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

X

Datum, Unterschrift Patient(bei Minderjährigen ein/eine Erziehungsberichtigte/r)

Vereinbarung über ein Abtretungsverbot zahnärztlicher Honorarforderungen

Zwischen den oben genannten Vertragspartnern wird folgende Vereinbarung über ein Abtretungsverbot zahnärztlicher Honorarforderungen gemäß § 399 Satz 1 und 2 BGB getroffen: Sämtliche Ansprüche und Forderungen, die sich aus dem zwischen der oben genannten Zahnärztin/dem Zahnarzt und der/dem oben genannten Patientin/Patienten getroffenen Behandlungsvertrag ergeben, werden seitens der Patientin/des Patienten - soweit sie nicht dem gesetzlichen Forderungsübergang unterliegen - nicht an Dritte abgetreten oder verpfändet.

X

Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen ein/eine Erziehungsberechtigte/r)

Ausfallrechnung

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 24 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen ggf. eine Ausfallgebühr nach geltendem Satz berechnen.

X

Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen ein/eine Erziehungsberechtigte/r)

Bitte wenden!

Aufklärung über die Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Durch sie können notwendige Behandlungen schmerzfrei durchgeführt werden. Um eine Schmerzausschaltung durchzuführen, wird der Wirkstoff möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (**Infiltrationsanästhesie**), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (**intraligamentäre Anästhesie**) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nervens (**Leitungsanästhesie**) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein Routineverfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeit des verwendeten Wirkstoffs nicht unbedingt vermeidbar. In seltenen Fällen kann es u.a. zu folgenden Komplikationen kommen:

- **Hämatom (Bluterguss)**
- **Kanülenfraktur (Nadelbruch)**
- **Nervenschädigung:**
Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen Irritation oder Schädigung von Nervengewebe eintreten. Hierdurch sind vorübergehende oder dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der Zunge, Lippe, Kinn und Wange betroffen sein können.
- **Verkehrstüchtigkeit:**
Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es aufgrund verstärkter Erregung zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen

Ich habe die Aufklärung verstanden, meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich willige hiermit zur örtlichen Betäubung ein.

X

Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen ein/eine Erziehungsberechtigte/r)