ANAMNESEBOGEN

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Anmeldung abgeben!

Patient/in: _____
Name Vorname geb. am Telefon

Mitglied: _____
Name Vorname geb. am Telefon

Anschrift: _____
Straße Hausnr. PLZ Ort

Krankenkasse: _____ Beihilfe- berechtigt? (für Privatpatienten) JA NEIN

Zahnzusatzversicherung JA NEIN Beruf: _____

Möchten Sie an Ihre Vorsorge erinnert werden? JA NEIN wenn JA: halbjährlichen jährlich
 telefonisch E-Mail → E-Mail Adresse: _____

Einwilligungserklärung

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service zur Vorsorge teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum, Ort

Unterschrift Patient/in/Erziehungsberechtigte/r

Fragen über bestehende Erkrankungen

Herz	JA	NEIN	Kreislauf	JA	NEIN
Herzinfarkt	☐	☐	Erhöhter Blutdruck	☐	☐
Stent	☐	☐	Zu niedriger Blutdruck	☐	☐
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	☐	☐	Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen?	☐	☐
Klappenersatz	☐	☐	Lunge		
Herzpass/Endokarditisprophylaxe	☐	☐	Asthma/chronische Bronchitis	☐	☐
Blut			Nervensystem		
HIV, Aids	☐	☐	Anfallsleiden (Epilepsie)	☐	☐
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? (ASS, Marcumar, Aspirin..)	☐	☐	Schlaganfall	☐	☐
Knochenerkrankung			Sonstiges _____	☐	☐
neues Kniegelenk	☐	☐	Allergien		
neues Hüftgelenk	☐	☐	Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)	☐	☐
Osteoporose	☐	☐	Latex-Allergie	☐	☐
Nehmen Sie Bisphosphonate?	☐	☐	Allergie-Pass	☐	☐
Stoffwechsel					
Zuckerkrankheit (Diabetes) Typ I	☐	☐			
Zuckerkrankheit (Diabetes) Typ II	☐	☐			
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐			
Leberentzündung (Hepatitis B/C)	☐	☐			
Nierenerkrankung	☐	☐			

Sonstiges

Bestehen sonstige Erkrankungen? _____

→ Bitte wenden!

Stehen Sie in dauernder ärztlicher Behandlung? JA NEIN

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

Sind Sie schwanger? JA NEIN

Wünschen Sie bei Bedarf eine Lokalanästhesie (Spritze)? JA NEIN BEI BEDARF

Aufklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

Die Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der Ausschaltung des Schmerzempfindens im Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Eine meist schmerzfreie Behandlung macht den Aufenthalt in unserer Praxis für Sie einfacher und angenehmer. Obwohl Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar. Das Patientenrechtegesetz (BGB §630 e1) verpflichtet den Behandler, die Patienten über mögliche Nebenwirkungen und die verschiedenen Alternativen bei der Anästhesie aufzuklären.

Mögliche Nebenwirkungen

Häufig

- Unvollständige Wirkung, Wiederholung erforderlich
- Fremdgefühl, Schwellung des betäubten Bereiches und/oder auf der Zunge, im Hals, Schluckreiz
- Eingeschränkte Beweglichkeit der betäubten Bereiche: Schwierigkeiten beim Sprechen, Schlucken etc.

Manchmal

- Blitzartiger Schmerz oder Missempfinden durch Nervberührung
- Schmerzen an der Einstichstelle in den folgenden Tagen
- Bluterguss mit Schwellung und/oder sichtbare Verfärbung und/oder Bewegungseinschränkung
- Vorübergehendes Atemnotgefühl durch Betäubung kleiner Schleimhautbereiche der Speiseröhre
- Mitbetäubung benachbarter Bereiche (Auge, Lippe, Ohr, Nase)
- Unabsichtliche Selbstverletzung (z.B. durch Wangenbeißen), während die Betäubung noch wirkt

Selten

- Entzündung der Einstichstelle
- Kreislaufkollaps, Bewusstlosigkeit
- Erst nach Tagen/Wochen/Monaten abklingende Gefühlslosigkeit

Sehr selten

- Dauerhafte Gefühlslosigkeit im Verlaufsgebiet des betäubten Nervs/hängende Lippe/Wange (<1%)
- Heftige allergische Reaktion auf verwendete Materialien

Alternative: Intraligamentäre Anästhesie

Eine Alternative zur zahnärztlichen Leitungsanästhesie ist die sogenannte intraligamentäre Anästhesie. Dabei wird der Zahn bzw. das Zahnbett durch den Spalt am Zahnfleisch betäubt.

Nachteil: wirkt nicht immer, nur für bestimmte Indikationen geeignet, Taschenbildung möglich.

Einwilligungserklärung

Ich habe die gesetzlich vorgeschriebene Aufklärung zur Lokalanästhesie gelesen und verstanden. Ich bin damit einverstanden, dass ich mit dem Behandler zusammen vor jeder Behandlung entscheiden kann, ob eine örtliche Betäubung nötig oder erwünscht ist.

Datum, Ort _____

Unterschrift Patient/in/Erziehungsberechtigte/r _____

Aktualisiert am _____

Unterschrift _____

Aktualisiert am _____

Unterschrift _____

Aktualisiert am _____

Unterschrift _____