

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 zur Vereinbarung von Vorsorgeterminen (z.B. Zahnreinigung) einverstanden. Am Liebsten per e-Mail Brief Telefon/Anruf
- Ich bin mit Kostenvoranschlägen per e-Mail einverstanden.
- Ich bin mit Rechnungen per e-Mail einverstanden.

Krankenversicherung: gesetzlich
 privat bei
 Basistarif

zusätzlich bin ich: beihilfeberechtigt
 zusatzversichert bei

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

Name: Vorname: geb.:
Straße:
PLZ/Ort: Tel.Nr.:
Krankenkasse/Versicherung: gesetzlich
 privat bei

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!

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

1. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen ?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Medikamente?

- Hoher Blutdruck (Hypertonie)
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie)
- Herzklappenerkrankung /-defekt, seit
- Herzschrittmacher, seit
- Herzinfarkt , Wann?.....
- Angina pectoris
- Endokarditis-Prophylaxe
- Andere:.....

Allergien / Unverträglichkeiten auf

- Lokalanästhetika (örtliche Betäubung, Spritze), Welche?
- Schmerzmittel, Welche?
- Antibiotika, Welche?.....
- Andere:
- Ich besitze einen Allergiepass, Ausstellungsdatum:

Infektionserkrankungen

Medikamente?

- HIV, seit
- Hepatitis A, B oder C ; seit
- Tuberkulose, seit
- Andere:.....

Weitere Erkrankungen

Medikamente?

- Blutgerinnungsstörungen
- Asthma
- Rheuma
- Epilepsie, letzter Anfall:
- Nierenfunktionsstörungen
- Hauterkrankungen
- Schilddrüsenerkrankung
- Diabetes (Zuckerkrankheit), seit.....
- Schlaganfall, Wann?
- Tumorerkrankungen, Welche?
- Andere:.....

Meine behandelnden Ärzte (Hausarzt, Internist, Kardiologe, etc.):

.....

2. Allgemeine Angaben

- Ich bin Raucher/in ,Zigaretten / Tag, seit (Nichtraucher, seit
- Die Anwendung von alkoholhaltigen Medikamenten oder Mundspüllösungen sollte bei mir aus medizinischen Gründen vermieden werden.
- Drogenkonsum, Was?seit:
- Ich nehme regelmäßige folgende Medikamente (außer der oben genannten) ein:

3. Frauen : Besteht eine Schwangerschaft ?

- Ja,Schwangerschaftswoche
- Nein
- Ungewiss

4. 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 Geräusche im Kiefergelenk, seit.....
- Ich habe Beschwerden im Kiefergelenk (vorn Ohr), seit.....
- Ich schnarche und / oder Ich bin häufig unausgeschlafen
- Sonstiges Angaben.....

5. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung
- Überweisung von
- Internet / Homepage
- Telefon- oder Branchenbuch
- 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.

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 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.

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 Privatversicherten oder absehbarer Eigenbeteiligung (bei gesetzlich Versicherten) erfolgt von Seiten der Praxis vor der Behandlung stets eine detaillierte Kostenaufklärung bzw. erhalten Sie einen Kostenvoranschlag.

Datum:.....**Unterschrift:**.....

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN!

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

Patient/in:

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 Rechtsprechung 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