



Anamnesebogen

Seite: 1 von 7
Revisionsstand: (Original)
Erstellung: 31.03.2018

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

PatNr: _____

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Informationen, die Sie auf freiwilliger Basis geben und die nicht direkt dem Zweck der zahnmedizinischen Behandlung dienen, sind mit einem Stern (*) gekennzeichnet.

Beachten Sie bitte auch unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

Patient

Name Vorname Geburtsdatum

Krankenkasse _____

Versicherter

Name Vorname Geburtsdatum

Röntgen

Sind Sie schon einmal im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Wenn nein, wünschen Sie ggf. die Ausstellung eines Röntgenpasses? ja nein

Für Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.

Änderung: 27.02.2012	Geprüft: 14.10.2019	Freigabe: ZA Götte 14.10.2019(leer)
von: ZA Götte(leer)	von: Götte	

Allgemeinmedizinische Auskünfte

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wieviel/Tag? _____

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen oder nahmen Sie **Bisphosphonate (oral, Infusion)**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Vertragen Sie bestimmte Medikamente **nicht**? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen sie **Marcumar, Plavix oder Eliquis**(gerinnungshemmendes Medikamente)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wenn ja, wann wurde der letzte INR-Wert gemessen? Wie hoch war dieser? _____

Nehmen sie andere **blutverdünnende** (gerinnungshemmende) Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie **allergisch** gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Wenn ja, welche Stoffe sind dort genannt? _____

Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

Herzerkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Haben Sie einen **Herzschrittmacher**? ja nein

Haben Sie eine **künstliche Herzklappe**? ja nein

Haben Sie eine **Defibrillator**? ja nein

Haben Sie einen **Stent kürzlich bekommen**? ja nein

Hatten Sie jemals eine **Endocarditis (Herzmuskelentzündung)**? ja nein

Änderung: 27.02.2012	Geprüft: 14.10.2019	Freigabe: ZA Götte 14.10.2019(leer)
von: ZA Götte(leer)	von: Götte	

Kreislaufkrankungen (z. B. hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall, Thrombosen) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Stoffwechselstörungen (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Allergien / Atemwegserkrankungen (z.B. Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Gehirn- und Nervenerkrankungen (z. B. Anfallsleiden, Migräne, Lähmungen) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Gemütererkrankungen (z. B. Depression, Angststörung o.ä.) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Erkrankungen des Bewegungsapparates (z. B. Rheuma, Gicht, Fibromyalgie-Syndrom) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Nieren- / Blasen- / Leber- / Darmerkrankung (z. B. Niereninsuffizienz, Gelbsucht, M. Crohn) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Sodbrennen, Magengeschwüre, (Refluxkrankheit, Magenoperationen) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Immunschwäche (z. B. Organtransplantation, Cortison) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Erkrankung des blutbildenden Systems (z.B. Blutarmut, Bluter,) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Erkrankung der Augen (z. B. grauer Star, grüner Star) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Änderung: 27.02.2012	Geprüft: 14.10.2019	Freigabe: ZA Götte 14.10.2019(leer)
von: ZA Götte(leer)	von: Götte	

Leiden oder litten Sie an folgenden Infektionskrankheiten?

HIV (AIDS) ja nein

Hepatitis A B C ja nein

Tuberkulose (Tbc) ja nein

Creutzfeld-Jacob (CJ) ja nein

MRSA ja nein

Röteln, Mumps, Masern, Scharlach ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Sonstige Infektionskrankheiten _____

Nehmen Sie regelmäßig **Drogen** zu sich? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig **Alkohol** zu sich? ja nein

Wenn ja, wieviel? _____

Zahnmedizinische Auskünfte

Sind Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt worden? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Kopfschmerzen, Schmerzen im Bewegungsapparat ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Treten bei Ihnen **Schmerzen oder Knackgeräusche** im **Kiefergelenk** auf? ja nein

Treten bei Ihnen **Schmerzen** bei der **Kieferbewegung** auf? ja nein

Haben Sie **Schmerzen oder Verspannungen** in der **Kaumuskulatur**? ja nein

Ist Ihre **Kieferbewegung** oder das **Kauen** behindert? ja nein

Wünschen Sie generell eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein

Änderung: 27.02.2012	Geprüft: 14.10.2019	Freigabe: ZA Götte 14.10.2019(leer)
von: ZA Götte(leer)	von: Götte	

Aufklärung über zahnärztliche Lokalanästhesie

<p>Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn- Mund und Kieferbereich. Durch Sie können notwendige Behandlungen (wie z.B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Region vom nervus trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleine Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intraalveoläre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nerven (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeitsreaktionen der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar</p>	<p>Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen: Hämatom (Bluterguss): Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umliegende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt darüber informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion. Nervenschädigung: Bei der Leitungsanästhesie kann 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- und Lippenregion betroffen sein kann.</p>	<p>Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden, kann unter Umständen mit Medikamenten aber unterstützt werden. Informieren Sie also umgehend Ihren Zahnarzt, wenn das Taubheitsgefühl nicht nach max. 12 Stunden abgeklungen sein sollte. Verkehrstüchtigkeit: Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist in erster Linie nicht durch das Medikament, sondern den Stress und die Angst oder die lokale Irritation im Rahmen der Behandlung verursacht. Sie sollten während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen. Selbstverletzung: Sollten außer dem behandelten Zahn auch noch die umgebenden Weichteile (Zunge, Wange, Lippe) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.</p>
---	--	--

Bitte teilen Sie uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes** unaufgefordert mit. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Korrektheit der gemachten Angaben und dass Sie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen der Lokalanästhesie aufgeklärt wurden insbesondere dass ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr eingeschränkt sein kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift
gesetzlicher Vertreter

Änderung: 27.02.2012	Geprüft: 14.10.2019	Freigabe: ZA Götte 14.10.2019(leer)
von: ZA Götte(leer)	von: Götte	

Bitte beachten Sie folgenden Hinweis:

Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass unsere Praxis mit Termin-Bestellsystem arbeitet. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, muss dieser

mindestens 24 Stunden vorher!

abgesagt werden. Nicht abgesagte versäumte Termine berechnen wir mit 25 € je vereinbarter Viertelstunde Terminzeit (gesetzlich geltendes Recht zur Terminausfallsentschädigung).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme dieser Information.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift
gesetzlicher Vertreter

gesetzlicher Vertreter

Änderung: 27.02.2012	Geprüft: 14.10.2019	Freigabe: ZA Götte 14.10.2019(leer)
von: ZA Götte(leer)	von: Götte	

Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung

Für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 7 DSGVO

Für den Patienten:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)).

Ich stimme hiermit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber der KZV und den Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherungen, externen Abrechnungsstellen sowie der Kooperation mit sonstigen im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern (z.B. Dentallabore, Auftragslabore, Kieferorthopäden im Überweisungsfalle, Kieferchirurgen im Überweisungsfalle, Cotherapeuten wie Manualtherapeuten, Schlafmediziner, Orthopäden, Schmerztherapeuten o.ä. und der Röntgenstelle der BZK Pfalz und der LZK Rheinland-Pfalz) durch die Zahnarztpraxis Bernhard Götte ausdrücklich zu.

ja nein

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO)

Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben wir Ihnen ausgehändigt. Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information durch Ihre Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift
gesetzlicher Vertreter

Änderung: 27.02.2012	Geprüft: 14.10.2019	Freigabe: ZA Götte 14.10.2019(leer)
von: ZA Götte(leer)	von: Götte	