

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patienten,
wir heißen Sie in unserer Praxis herzlich willkommen. Da wir um eine möglichst individuelle
Behandlung bemüht sind, bitten wir Sie um einige persönliche Informationen.



ZAHNARZTPRAXIS

Name _____ Beruf _____

Straße _____ Wohnort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐

Telefon Festnetz _____ Handy _____

Versicherung gesetzlich: _____ zusatzversichert: ja ☐ nein ☐

Privat: _____ Beihilfe: ja ☐ nein ☐

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten: ja ☐ nein ☐

Asthma ☐	Osteoporose ☐	Kopf- und Nackenschmerzen ☐
Herz-Kreislauferkrankung ☐	Infektionskrankheiten ☐	Zahnfleischbluten ☐
Hoher Blutdruck ☐	Hepatitis/Gelbsucht ☐	Kiefergelenksbeschwerden ☐
Herzschrittmacher ☐	HIV-Infektion ☐	Allergien gegen: _____
Künstliche Gelenke ☐	Zuckerkrankheit ☐	

Sonstige Erkrankungen: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Welche? Blutverdünner? Bisphosphonate? _____

Leiden Sie unter Kopf- oder Nackenschmerzen? _____

Schnarchen Sie? Haben Sie nachts Atemaussetzer? _____

Hatten Sie eine Bestrahlung und/oder Chemotherapie? _____

Name des Hausarztes: _____

Für Frauen: besteht eine Schwangerschaft? nein ☐ ja ☐ Woche: _____

Rauchen Sie? nein ☐ ja, < 10 täglich: ☐ ja, > 10 täglich: ☐

Für Neupatienten: Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Sind Sie einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet oder erhalten Sie eine Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII? nein ☐ ja ☐ Pflegegrad: _____

Bitte informieren Sie uns bei jedem Besuch über Änderungen ihres Gesundheitszustandes und über die Einnahme neuer Medikamente.

Wir führen unsere Praxis nach dem Bestellsystem. Das bedeutet für Sie geringere Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen sollten. Der Gesetzgeber erlaubt uns sonst die ungenutzte Zeit in Rechnung zu stellen. Bei kurzfristig innerhalb weniger Tage vergebenen Terminen kann es zu deutlichen Wartezeiten kommen.

Büren, den _____

Unterschrift des Patienten

Bitte Rückseite beachten

Durch die örtliche Betäubung können zahnärztliche Behandlungen in aller Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Die Zahn-, Mund- und Kieferregion wird überwiegend durch den Nervus trigeminus (einer der Hirnnerven) versorgt. Um ihn zu betäuben, wird das Lokalanästhetikum möglichst dicht an kleine Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nervus trigeminus (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die örtliche Betäubung ein sicheres Verfahren ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar.

Darüber hinaus können unter anderem folgende Komplikationen auftreten:

Hämatom / Bluterguss: Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebene Gewebe entstehen. Bei einer Einblutung in die Kaumuskulatur durch die Injektion kann es zu einer Einschränkung der Mundöffnung und Schmerzen kommen, in ganz seltenen Fällen auch zu Infektionen. Informieren Sie uns bitte darüber, falls Sie entsprechende Anzeichen bemerken, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

Nervschädigung:

Bei einer **Leitungsanästhesie** kann es in sehr seltenen Fällen zu einer Schädigung von Nervenfasern kommen. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem örtliche Betäubungen im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte oder Unterkiefer- und Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Behandlung dieser Schädigung gibt es nicht. Die Möglichkeit einer spontanen Heilung muss abgewartet werden.

Verkehrsuntüchtigkeit:

Durch die **örtliche Betäubung und die zahnärztliche Behandlung** kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Ursache dafür sind in erster Linie nicht die verwendeten Medikamente, sondern Stress und Angstgefühle im Zusammenhang mit der Betäubung sowie Beschwerden im Bereich des Eingriffs. Sie sollten daher nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, solange die örtliche Betäubung wirkt.

Selbstverletzung:

Falls außer dem behandelten Zahn auch die **umgebenen Gewebe** (z.B. Zunge, Lippe, Wangen) betäubt sein sollten, **verzichten Sie bitte, solange die Betäubung wirkt, auf die Nahrungsaufnahme und auf Tabakkonsum (Rauchen)**. Neben Bissverletzungen sind auch Erfrierungen und Verbrennungen möglich.

Diese Aufklärung habe ich verstanden.

Alle meine Fragen hierzu wurden zu meiner

Zufriedenheit beantwortet. Ob Sie eine örtliche Betäubung vor oder während der Behandlung wünschen, entscheiden Sie jeweils gerne im Gespräch mit uns.

Datum: _____

Unterschrift: _____

**Einverständniserklärung
Zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten
gem. § 73 Abs. 1 b. SGB V**



Ich, _____
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum des Patienten)

erkläre mich einverstanden, dass meine Zahnärztin und die von ihr beauftragte Mitarbeiterin

mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten, Kliniken und Leistungserbringern zum Zwecke der Behandlung, Abrechnung und Dokumentation anfordert.

mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte, Gutachter, Kliniken und Leistungserbringer übermittelt.

mit Angehörigen über Befunde, Behandlungen und Termine spricht.

sich mit Kollegen austauscht, wenn es der Behandlung dient, insbesondere innerhalb der Gemeinschaftspraxis, im Falle eines Zahnarztwechsels oder im Vertretungsfall.

Röntgenbilder verschlüsselt per Email versendet.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten
(bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Zahnarzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.