



Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Unsere Mitarbeiterinnen helfen Ihnen gerne beim Ausfüllen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte teilen Sie uns Änderungen unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit!

Patient

Name	Vorname	geb.
------	---------	------

Kontaktdaten

Straße /Nr.	PLZ, Ort
Telefon	Mobil
E-Mail	Fax

Beruf / Arbeitgeber

Arbeitgeber	Telefon
Anschrift	Beruf

Versicherter / Mitglied (nur ausfüllen, wenn Sie nicht selbst Versicherter sind):

Name	Vorname	geb.
Ggf. abweichende Adresse		

Versicherungsstatus:

Krankenkasse	
<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> zusatzversichert, Wo?
<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> vollversichert <input type="checkbox"/> Basis-Tarif <input type="checkbox"/> Beihilfe, Welche?

Mein Hausarzt

Praxis	Telefon
Straße/Nr.	PLZ, Ort



Zur sicheren Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben zu Ihrer Gesundheit. Bitte lesen Sie alle Fragen aufmerksam durch und beantworten Sie sie.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Herzklappenerkrankung
<input type="checkbox"/> künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Angina pectoris
<input type="checkbox"/> Endokarditis-Prophylaxe	<input type="checkbox"/> Herzfehler	<input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen
<input type="checkbox"/> Herzschwäche	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher

Allergien / Unverträglichkeiten

<input type="checkbox"/> Allergien, Welche?
<input type="checkbox"/> Ich besitze einen Allergiepass

Infektionserkrankungen

<input type="checkbox"/> HIV (Aids)	<input type="checkbox"/> Hepatitis A, B oder C	<input type="checkbox"/> Gelbsucht
<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	<input type="checkbox"/> MRSA-Krankenhauskeim

Weitere Erkrankungen

--

Welche Medikamente nehmen Sie (regelmäßig) ein? /

--

Laufende Behandlungen / behandelnde Ärzte (Internist, Kardiologe, etc.)

--

Allgemeine Angaben

<input type="checkbox"/> Ich bin Raucher/in	Zigaretten pro Tag?
<input type="checkbox"/> Ich bin trockener Alkoholiker	
<input type="checkbox"/> Ich bin schwanger	Schwangerschaftswoche?
<input type="checkbox"/> Drogenkonsum	



Zahnärztliche Anamnese

<input type="checkbox"/> Ich war im letzten Jahr in zahnärztlicher Behandlung, bei:
<input type="checkbox"/> Es existieren Röntgenbilder meiner Zähne, ungefähres Datum:
<input type="checkbox"/> Ich habe empfindliche Zähne
<input type="checkbox"/> Ich habe Zahnfleischprobleme
<input type="checkbox"/> Ich knirsche / presse mit den Zähnen
<input type="checkbox"/> Ich habe Beschwerden im Kiefergelenk (vorn Ohr)

Hiermit versichere ich, dass die oben genannten Angaben richtig und vollständig sind.

Zur Kenntnisnahme:

Diese Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Wir sind bemüht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, entsteht in unserer Praxis Leerlauf. Deshalb bitten wir Sie, Termine die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden / 1 Werktag vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand und der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen (§ 615 BGB).

Recall-System / Erinnerungsservice

Wir haben für Sie ein Recall-System eingerichtet, in dem wir Sie gerne an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnern. Bitte kreuzen Sie Ihre gewünschte Variante an

per SMS

per E-Mail

Regensburg, den _____

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter



Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung)

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich.

Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerv) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesie-Lösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intraalveoläre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nervs (Leitungsanästhesie) platziert.

Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt auszuschließen.

Ferner kann es zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatom (Bluterguss): Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in äußerst seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen.

Nervenschädigung: Bei einer Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern

eintreten. Hierdurch sind vorübergehende und dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem Injektionen im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte, die Unterkiefer- oder die Lippenregion betroffen sein können. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht, die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nach 24 Stunden nicht vollständig abgeklungen sein, informieren Sie Ihren Zahnarzt.

Verkehrstüchtigkeit: Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Die ist primär nicht auf ein Medikament, sondern vielmehr auf die subjektive Stressbelastung im Zuge der Behandlung und auf die lokale Irritation zurückzuführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Selbstverletzung: Sollten außer dem behandelnden Zahn auch die umgebenden Weichteile (z.B. Zunge, Wangen, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

Ich habe die Aufklärung verstanden

Regensburg, den _____

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter



ZAHNARZT
AM GALGENBERG
Dr. Veronika Nowroth

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

Ich, _____, geboren am _____

erkläre mich einverstanden, dass

- Ihre Zahnarztpraxis betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Zahnärzten zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- Ihre Zahnarztpraxis betreffende Behandlungsdaten und Befunde an weiterbehandelnde Ärzte und Zahnärzten übermittelt.
- Ihre Zahnarztpraxis für die Behandlung notwendige Fragen und Befunde mit meinem Hausarzt, Hauszahnarzt oder Facharzt bespricht.

Die Kommunikation mit Ihrem Vor-, Nach- oder Mitbehandler darf schriftlich per Post, Fax, E-Mail oder mündlich per Telefon erfolgen.

Angefertigte Röntgenbilder dürfen an meinem Nachfolgerzahnarzt weitergeschickt werden.

Es ist mir bekannt, dass die Erklärung jederzeit oder teilweise widerrufen werden kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter)