

# ANAMNESEBOGEN

Patient Herr/Frau Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
Mitglied/Versicherter Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
Anschrift PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Straße/Nr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse/Privatkrankenkasse \_\_\_\_\_  
Beihilfeberechtigt  zusätzlich versichert  freiwillig versichert

## ALLGEMEINE SITUATION

	ja	nein
Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutdruck: niedrig <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> hoch <input type="radio"/>		
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankungen / Herzrhythmusstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel/Tag? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ZAHN-MUND-SITUATION

	ja	nein
Zahnfleischrückgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnfleischbluten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geräusche im Kiefergelenk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen am Kopf oder im Nacken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie mit der Farbe /Stellung/ Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die letzte zahnärztliche Röntgenaufnahme wurde vor _____ Monaten durchgeführt		
Besteht eine Schwangerschaft?		
Ja ____ (Woche)    Nein <input type="radio"/> Ungewiss <input type="radio"/>		

(Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!)

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

---

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

---

## Aufklärung Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung. Obwohl die Lokalanästhesie ein sehr sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanz nicht unbedingt vermeidbar. Ferner kann es u.a. zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatome, Nervschädigungen, Selbstverletzung.

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

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mit.

Die Aufklärung habe ich verstanden. Ich wünsche eine Behandlung unter Lokalanästhesie    ja     nein

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigte/r)