

## Anmeldebogen mit Anamnese

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen.

Patient:

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon
_____	_____	
Geburtsort	Geburtsname	

Versicherter:

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon

Krankenkasse / Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Versichert bin ich  gesetzlich  privat  Basistarif  
 Haben Sie eine Zusatzversicherung?  Ja  Nein  
 Sind Sie beihilfeberechtigt?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_

Beruf Arbeitgeber Telefon

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

**Titel:** **Arzt:** **Ort:** **Telefon:**

### Nehmen Sie im Laufe des letzten Jahres oder nehmen sie heute noch Medikamente ein?

( ja ) ( nein ) Gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar, Heparin, Plavix, ASS, Xarelto)  
 ( ja ) ( nein ) Bisphosphonate (bitte auch angeben falls dies schon Jahre zurückliegt)  
 wenn ja, in  Tablettenform oder  durch Infusion  
 ( ja ) ( nein ) Kortisonpräparate  
 ( ja ) ( nein ) Insulin  
 ( ja ) ( nein ) wenn ja welche: \_\_\_\_\_

### Leiden Sie unter einer Allergien / Unverträglichkeiten?

( ja ) ( nein ) Lokalanästhetika  
 ( ja ) ( nein ) Schmerzmittel, wenn ja welche:  
 ( ja ) ( nein ) Antibiotika  
 ( ja ) ( nein ) Latex  
 ( ja ) ( nein ) Nickel  
 ( ja ) ( nein ) Iod  
 ( ja ) ( nein ) andere: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Angaben:

( ja ) ( nein ) Drogenkonsum, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 ( ja ) ( nein ) Alkoholgenuss, wenn ja,  selten  oft  
 ( ja ) ( nein ) Raucher, wenn ja,  0-10 Zig./Tag  über 10 Zig./Tag  
 ( ja ) ( nein ) Schwangerschaft, wenn ja, in welchem Monat \_\_\_\_\_

**Bitte wenden und die Rückseite vollständig ausfüllen**

### Leiden Sie an Herz- oder Kreislaufbeschwerden?

- ( ja ) ( nein ) Hoher Blutdruck (Hypertonie)
- ( ja ) ( nein ) Niedriger Blutdruck (Hypotonie)
- ( ja ) ( nein ) Herzklappenerkrankung/-defekt
- ( ja ) ( nein ) Herzerkrankung
- ( ja ) ( nein ) Herzoperation, wenn ja, wann: \_\_\_\_\_
- ( ja ) ( nein ) Herzschrittmacher
- ( ja ) ( nein ) künstliche Herzklappe

### Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten bzw. Operationen?

- ( ja ) ( nein ) Endokarditis / Entzündung der Herzinnenhaut
- ( ja ) ( nein ) Diabetes
- ( ja ) ( nein ) Blutgerinnungsstörungen, wenn ja welche? \_\_\_\_\_
- ( ja ) ( nein ) Asthma
- ( ja ) ( nein ) HIV / AIDS
- ( ja ) ( nein ) Hepatitis
- ( ja ) ( nein ) Tuberkulose
- ( ja ) ( nein ) Lungenerkrankung
- ( ja ) ( nein ) Schilddrüsenerkrankung
- ( ja ) ( nein ) Rheuma
- ( ja ) ( nein ) Epilepsie
- ( ja ) ( nein ) Grauer / Grüner Star
- ( ja ) ( nein ) Nierenfunktionsstörungen
- ( ja ) ( nein ) Ohnmachtsneigung
- ( ja ) ( nein ) Implantate oder künstliche Gelenke, wenn ja seit wann? \_\_\_\_\_
- ( ja ) ( nein ) andere: \_\_\_\_\_

### Wir erinnern Sie auch gerne an Ihren Kontrolltermin (Recall)

- per SMS: \_\_\_\_\_
- per e-mail: \_\_\_\_\_
- per Telefon: \_\_\_\_\_

### Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Schmerzausschaltung. Obwohl dies ein sichere und erprobtes Verfahren ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten nicht ausgeschlossen.

#### Hämatom

Durch Verletzung kleiner Blutgefäße kann es zu Einblutungen in das Gewebe kommen. Dies kann zu Schmerzen, Behinderung der Mundöffnung oder in seltenen Fällen zu einer Infektion kommen.

#### Nervschädigung

In sehr seltenen Fällen kann es bei der Anästhesie, vor allem im Unterkiefer, zur Irritation der Nervfasern kommen. Dadurch kann es zu vorübergehenden bzw. bleibenden Gefühlsstörungen an der Zunge und der Unterlippe kommen. Äußerst selten ist auch der temporäre, aber völlig reversible Ausfall der Gesichtsmotorik.

#### Selbstverletzung

Durch die Gefühllosigkeit des den Zahn umgebenden Gewebes, kann es bei verfrühter Nahrungsaufnahme zu Verletzungen der Zunge, Wange oder Lippen kommen.

#### Verkehrstauglichkeit

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr in Ausnahmefällen nach zahnärztlichen Behandlungen beeinträchtigt sein kann. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi.

### Wichtige Informationen

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder **mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen**, andernfalls können daraus entstehende Kosten mir in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Wipperfürth, den ..... Unterschrift .....