



ANAMNESEBOGEN - ERWACHSENE

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____ Geburtsort _____

Telefon _____ Mobil _____ Email _____

Beruf _____ Tel. Arbeitgeber _____

Name der Krankenkasse/Versicherung _____

Beihilfeberechtigt ja nein

ggf. gesetzliche/r Vertreter/in bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mein Hausarzt

Name _____ Adresse _____ Telefon _____

Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen? ja nein

Herz/Kreislauf

- Herzfehler
- Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe
- Herzschrittmacher
- hoher Blutdruck (Hypertonie)
- niedriger Blutdruck (Hypotonie)
- Rhythmusstörungen
- Ohnmachtsneigung

Blut

- Gerinnungsstörungen
auch bei Blutsverwandten
- Nachbluten nach OPs

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit:
- Diabetes mellitus Typ I
- Diabetes mellitus Typ II
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

Gefäße

- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen
- Thrombosen

Atemwege/Lunge

- Asthma
- Tuberkulose
chronische Bronchitis
- Schlafapnoe

Nerven/Gemüt

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Depressionen
- Angstzustände

Augen

- Grüner Star
- Grauer Star

Nieren

- Dialysepflichtigkeit
- Nierenentzündung
- Nierensteine

Leber

- Hepatitis A B C

Magen, Darm

- Geschwür
- Refluxkrankheit

Immunschwäche

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach
Organtransplantation
- HIV-Infektion, AIDS



ANAMNESEBOGEN - ERWACHSENE

Medikamente

- Werden Sie zur Zeit mit Bisphosphonaten behandelt? Wegen welcher Erkrankung?

- Dauerhaft oder in den letzten Tagen (z.B. Aspirin®, ASS®, Marcumar®, Ticlopidin®, Clopidogrel®)

- z.B. Blutdruck-/ Herzmedikamente

- Schmerzmittel

- „Antibabypille“

- Psychopharmaka

- Antidiabetika

- Andere: _____

Allergie

- Lokalanästhetika

- Heuschnupfen

- Nahrungsmittel

- Medikamente / Antibiotikum

- Jod

- Pflaster

- Latex

- Andere: _____

Skelettsystem

- Rheuma

- Osteoporose

Rauchen Sie?

Wie viel durchschnittlich?

Drogenkonsum

- Trinken Sie gelegentlich Alkohol?

- Regelmäßig?

Sind Sie schwanger?

Welche

Schwangerschaftswoche ?

- Wollen Sie halbjährlich/jährlich zur Kontrolluntersuchung erinnert werden?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Informationen zur zahnärztlichen Anästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (wie z.B. Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird das Lokalanästhetikum möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat (intragamentäre 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 Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht immer vermeidbar. Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist primär nicht auf das Medikament, sondern vielmehr auf den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung sowie der lokalen Irritation zurückzuführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen. Die Verkehrstüchtigkeit ist eingeschränkt.

Behandlungstermine

Bitte nehmen Sie in Ihrem eigenen und im Interesse der anderen Patienten die vereinbarten Termine pünktlich wahr. Dies vermindert die Wartezeit und sorgt für einen stressfreien und organisierten Praxisbetrieb. Für Termine die nicht eingehalten oder nicht spätestens 24 Std. zuvor abgesagt wurden, müssen wir 25,- Euro in Rechnung stellen. Wir bitten um Ihr Verständnis.

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

Ort, Datum _____ Unterschrift _____