



# ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

### Hinweis zur Organisation in unserer Praxis.

Mir ist bewusst, dass ich mit meiner Unterschrift folgendes zur Kenntnis genommen und anerkannt habe:

**Termine, die nicht eingehalten werden können, müssen mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Bei nicht entsprechend abgesagten Terminen berechnen wir einen Stundensatz von 150 Euro § 615, 611 BGB die wir Ihnen in Rechnung stellen.** Ich habe die in den Praxisräumen ausgehängten Allgemeinen Geschäftsbedingungen zur Kenntnis genommen und bin mit deren Einbeziehung in den Behandlungsvertrag einverstanden. Das Merkblatt „Unsere Allgemeine Geschäftsbedingungen“ liegt im Wartezimmer zur Ansicht aus.

### Für GKV - Patienten:

Bitte beachten Sie, dass wir für die ordnungsgemäße Dokumentation und Abrechnung der in Anspruch genommenen Leistungen (auch Beratung per Email) im entsprechenden Quartal Ihre Versichertenkarte benötigen, und bitten Sie daher höflichst, diese unaufgefordert vorbeizubringen.

### PATIENT:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Str./Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 Tel. Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_

### VERSICHERT ÜBER:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Str./Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

### LEIDEN ODER LITTEN SIE AN ERKRANKUNGEN FOLGENDER ORGANE?

#### Kreislauf

- Ja  Nein niedriger Blutdruck
- Ja  Nein Bluthochdruck
- Ja  Nein Durchblutungsstörungen
- Ja  Nein Schlaganfall

#### Herz

- Ja  Nein Zustand nach Infarkt
- Ja  Nein Herzinsuffizienz
- Ja  Nein Stens, wann?: \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Verengung der Herzkranzgefäße
- Ja  Nein Rhythmusstörungen
- Ja  Nein Bypassoperation
- Ja  Nein Herzklappenersatz
- Ja  Nein Angina pectoris
- Ja  Nein Schrittmacher

#### Erkrankung des blutbildenden Systems

- Ja  Nein Blutarmut
- Ja  Nein Bluter
- Ja  Nein Sonstiges

#### Atmungswege/Lunge

- Ja  Nein Asthma
- Ja  Nein Bronchitis
- Ja  Nein COPD
- Ja  Nein Sonstiges

#### Blase-Nieren

- Ja  Nein Nierenerkrankung
- Ja  Nein Dialyse

#### Nervensysteme

- Ja  Nein epileptische Anfälle
- Ja  Nein Sonstiges
- Ja  Nein Kopfschmerzen
- Ja  Nein Migräne

#### Stoffwechsel

- Ja  Nein Zuckerkrankheit/Diabetes
- Ja  Nein Schilddrüsenüberfunktion
- Ja  Nein Schilddrüsenunterfunktion

#### Leber

- Ja  Nein Gelbsucht
- Ja  Nein Hepatitis  A  B  C

#### Leiden oder littten Sie an folgenden Erkrankungen?

- Ja  Nein Haut/Geschlechtskrankheiten
- Ja  Nein HIV bzw. AIDS, HIV-Test, Ergebnis: \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Tuberkulose
- Ja  Nein Tumorerkrankungen
- Bestrahlung  Chemo  Bisphosphonat Therapie

#### Dentale Krankengeschichte

- Ja  Nein Verletzungen/Unfälle im Mund/Zähne
- Ja  Nein Kiefergelenksprobleme (Knacken, Reiben)
- Ja  Nein Zähneknirschen
- Ja  Nein Sind Sie bereits kieferorthopädisch behandelt worden?

Wenn Sie wegen einer der vorherigen genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Arzt: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

#### SONSTIGE MEDIZINISCH WICHTIGE INFORMATIONEN:

- Ja  Nein Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?  
 Ja  Nein Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht verringert?  
 Ja  Nein Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Ja  Nein Werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt (z.B. Zometa, Alendron, Fosamax)?  
Bekommen Sie regelmäßig alle 4 Wochen Infusionen oder leiden Sie an Osteoporose, Brustkrebs,  
an Plasmozytom oder Prostatakrebs?  
 Ja  Nein Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Ja  Nein Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Ja  Nein Besitzen Sie einen Allergiepass?  
Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch? \_\_\_\_\_  
 Ja  Nein Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Ja  Nein Sind Sie z. Zt. Schwanger?  
Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_  
 Ja  Nein Rauchen Sie? Wie viel ca. ? \_\_\_\_\_  
 Ja  Nein Letzte Röntgenbilder im Kopfbereich/Zähne  
 Ja  Nein Schnarchen Sie?

#### WEITERE ADMINISTRATIV WICHTIGE INFORMATIONEN:

- Ja  Nein Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre/10 Jahre)  
 Ja  Nein Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährliche Kontrolltermine erinnert werden?

#### Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, oder eine Begleitperson.

#### Aufklärung und Einwilligung zur Lokalanästhesie

Um eine schmerzfreie zahnärztliche Behandlung gewährleisten zu können, muss eine örtliche Betäubung (Lokalanästhesie) vorgenommen werden. Dazu wird durch eine Injektion ein Medikament (Lokalanästhetikum) in den Bereich des Behandelten Zahnes (Oberkiefer) oder der versorgenden Nerven (Unterkiefer) verabreicht. Das Lokalanästhetikum führt zur vorübergehenden Ausschaltung der Schmerzempfindung. Wie jede ärztliche Behandlung ist auch die Durchführung der Lokalanästhesie mit einigen speziellen Risiken und Nebenwirkungen für den Patienten verbunden. Es können insbesondere folgende Komplikationen auftreten:

- Bluterguss · Infektionen · Schwellung · Bewegungseinschränkung der Kaumuskulatur · Allergische Reaktionen
- Schädigung der Nerven (einschließlich Sensibilitätsstörungen = Kribbeln, Missempfindung, kein Gefühl) · Herz-Kreislaufprobleme

Komplikationen treten insgesamt nur selten und meistens vorübergehend auf. In extrem seltenen Fällen kann die durch eine Lokalanästhesie verursachte Komplikation (u.a. Nervenschädigung, Sensibilitätsstörungen) jedoch auch dauerhaft bestehen bleiben.

#### **Wir empfehlen ausdrücklich die Beachtung folgender wichtiger Verhaltensregeln nach einer Lokalanästhesie:**

Die Verabreichung eines Lokalanästhetikums kann u. U. zu einer vorübergehenden Einschränkung der Reaktionsfähigkeit führen. Deshalb weisen wir Sie darauf hin, dass nach einer Lokalanästhesie die Straßenverkehrstauglichkeit nicht mehr gewährleistet sein kann. Auch die Arbeit mit gefährlichen Maschinen und die verantwortliche Aufsicht über Betreuungsbedürftige Personen (z. B. Kinder) muss dann unterlassen werden.

- Solange die Wirkung der Anästhesie besteht (meist 2-3 Stunden) sollte der Patient nicht essen.

- Durch die Wirkung der Lokalanästhesie können während des Kauens Verletzungen an den Weichteilen der Mundhöhle (z.B. Lippe, Wange) entstehen, ohne dass Sie es bemerken.

#### Datenschutz

Der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig. Deshalb haben wir unsere Datenschutzrichtlinien aktualisiert und an die neue EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) angepasst. Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen. Durch die Inhalte der Datenschutzrichtlinie kommen wir hiermit unseren Informationspflichten nach Art. 13 bzw. 14 DSGVO nach. Im Wartezimmer liegt unsere Datenschutzerklärung aus.

Nachdem ich im Rahmen der Aufklärungsfrist über mögliche Komplikationen und notwendige Verhaltensregeln aufgeklärt worden bin, erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei mir/meinem Kind eine Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) vorgenommen wird. Meine Fragen wurden beantwortet. Eine Aufklärung über weitere Einzelheiten wünsche ich nicht, bzw. erfolgte soweit ich es wünschte. Ich versichere, dass ich in der Krankenvorgeschichte alle meine bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe.

Eislingen, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_