

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, um eine optimale Behandlung durchführen zu können, und Ihre Wünsche und Erwartungen an uns zu erfahren, ist es wichtig, dass wir über Informationen darüber verfügen. Da Krankheiten aller Art Auswirkungen auf die Mundgesundheit haben können, gehören Kenntnisse über den allgemeinen Gesundheitszustand und die bisherige zahnärztliche Behandlung unbedingt dazu. Die von Ihnen gemachten Angaben unterliegen selbstverständlich der *ärztlichen Schweigepflicht* und verbleiben in Ihren Unterlagen. Bei Fragen wenden Sie sich an uns.
Vielen Dank für Ihre Kooperation.

Anamnesebogen (Vorgeschichte)

Aufklärung über die Leitungsanästhesie im Unterkiefer

Die Betäubung der Zähne ist für viele zahnärztliche Behandlungen unerlässlich. Die Schmerzfreiheit ermöglicht für den Patienten, aber auch für den Zahnarzt ein entspannteres Behandeln, sorgt damit für eine höhere Qualität und einen höheren Erfolg der Arbeit.

Die Leitungsanästhesie im Unterkiefer ist mit einem sehr geringen Risiko verbunden. In einzelnen Fällen kann es zu Schwellungen oder Blutergüssen im Bereich der Betäubung kommen. Auch ist es möglich, dass es zu temporären oder permanenten Sensibilitätsstörungen, vor allem des Zungennervs (N. lingualis) und Unterkiefernerve (N. alveolaris inferior) kommen kann. Ebenso sind allergische Reaktionen auf das Betäubungsmittel möglich. Es können Kopfschmerzen und leichtes Schwindelgefühl auftreten. Außerdem können die Reaktionsfähigkeit und das Konzentrationsvermögen vermindert sein, was vor allem bei der aktiven Teilnahme am Straßenverkehr zu beachten ist.

Gesetzliche Krankenkasse	Bezeichnung		
Private Krankenkasse (auch bei Zahnersatz)	Bezeichnung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Standard-/Basistarif?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein beihilfeberechtigt
Arbeitgeber	Firma	Tel.-dienstl.	Beruf
Hausarzt	Name, Adresse		
Grund Ihres Besuches	Schmerzen	Kontrolle	andere?
Waren Sie regelmäßig (1x im Jahr) in zahnärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Ich bin durch auf Ihre Praxis aufmerksam geworden.
bitte wenden

Welche der nachstehend aufgeführten **Erkrankungen** sind Ihnen **bekannt**?

	Nein	Ja	Bemerkungen/Welche?
Herz und/oder Kreislauferkrankungen (z.B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzklappenersatz)			
Herzpass vorhanden ? Schrittmacher?			
Blutkrankheiten, Blutungsneigung/ Blutgerinnungsstörung, blutverdünnende Medikamente?			
Krampfanfälle/Epilepsie			
Diabetes (Zucker) ;Diabetikerpass?			
Glaukom (grüner Star, erhöhter Augendruck)			
Überempfindlichkeit, Heuschnupfen, Allergien allgemein, Medikamentenunverträglichkeit			
Atemwegserkrankung (Asthma)			
Autoimmunerkrankungen (Rheuma)			
Kopf-/Gesichtsschmerz			
Sonstige Allgemeinerkrankungen u.a. Leber-, Magen-Darm-, Nieren-, Schilddrüsenerkrankungen Tumorerkrankungen			
Infektionskrankheiten (TBC, Hepatitis(Gelbsucht), AIDS(HIV) etc.)			
Komplikationen beim zahnärztlichen Eingriff? Angst vor der Behandlung?			
Schwangerschaft?			
Rauchen Sie? Wie viel pro Tag?			
Nehmen Sie ständig Medikamente ein? Welche?			
Befanden Sie sich in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus? Weshalb?			
Erinnerungsservice zur zahnärztlichen Gesundheitsvorsorge gewünscht? (Recall)			

Bitte ankreuzen!

- Ich habe den Anamnesebogen gelesen und vollständig ausgefüllt. Des Weiteren habe ich die Aufklärung zur Leitungsanästhesie gelesen und meine Fragen diesbezüglich wurden beantwortet.

Änderungen zu meinen Behandlungsdaten werde ich Ihnen stets mitteilen. Ich berechige Sie hiermit, meine ggf. auf EDV gespeicherten Behandlungsdaten evtl. zur Weiterbehandlung einem Praxiskollegen zu übergeben.

Datum: _____

Patient/Eltern: _____