



ANAMNESE- UND ANMELDEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir benötigen neben Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, denn Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Bogen sorgfältig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname Geburtsdatum / Ort (zur Röntgenbilddokumentation)

Straße / Nr.

PLZ / Ort E-Mail

Tel. privat Tel. mobil

Krankenkasse Beruf

gesetzlich versichert privat versichert Basistarif
zusatzversichert beihilfeberechtigt

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, über wen sind Sie versichert?

Name / Vorname Geburtsdatum

Straße / Nr. PLZ / Ort

Wer ist Ihr Hausarzt / oder Facharzt?

Name Ort

Tel. (wenn bekannt)

Anamnese

Zutreffendes bitte ankreuzen

| | | | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Herzfehler <input type="checkbox"/> | Asthma <input type="checkbox"/> | Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> | Blutgerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> | Tuberkulose <input type="checkbox"/> | Typ I <input type="checkbox"/> Typ II <input type="checkbox"/> | Nachblutungen nach <input type="checkbox"/> |
| Angina pectoris <input type="checkbox"/> | Lungenemphysem <input type="checkbox"/> | rheumatoide Arthritis <input type="checkbox"/> | Verletzungen oder Operationen <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt <input type="checkbox"/> | chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> | Gelenkprothesen <input type="checkbox"/> | Allergien <input type="checkbox"/> |
| Herzmuskelentzündung <input type="checkbox"/> | Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> | Bandscheibenbeschwerden <input type="checkbox"/> | Penicillin <input type="checkbox"/> |
| Herzklappenentzündung <input type="checkbox"/> | HIV <input type="checkbox"/> | Osteoporose <input type="checkbox"/> | Latex <input type="checkbox"/> |
| hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> | Leberzirrhose <input type="checkbox"/> | Epilepsie <input type="checkbox"/> | Medikamente <input type="checkbox"/> |
| niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> | Nierenentzündung <input type="checkbox"/> | Mukoviszidose <input type="checkbox"/> | Metalle <input type="checkbox"/> |
| künstliche Herzklappe <input type="checkbox"/> | dialysepflichtig <input type="checkbox"/> | Depressionen <input type="checkbox"/> | Kunststoffe <input type="checkbox"/> |
| Herzschwäche <input type="checkbox"/> | Magenschleimhautentzündung <input type="checkbox"/> | Angstzustände <input type="checkbox"/> | andere: <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall <input type="checkbox"/> | Sodbrennen/Reflux <input type="checkbox"/> | grüner Star <input type="checkbox"/> | |

Anamnese

Zutreffendes bitte ankreuzen

Sind Sie schwanger?
In welcher Woche? _____

regelmäßige Cortisoneinnahme
Zustand nach Organtransplantation
Chemotherapie
AIDS
Hatten Sie jemals oder haben Sie einen Tumor im Kopf/Halsbereich?
Werden oder wurden Sie jemals im Kopf/Halsbereich bestrahlt?
Brustkrebs
Prostatakrebs

MRSA
Arbeiten Sie in der Viehzucht?
Waren Sie vor kurzem für längere Zeit stationär zur
Behandlung im Krankenhaus?
Leben oder arbeiten Sie in einem Altenheim?

Leiden Sie an einer der folgenden Suchterkrankungen?

Rauchen
Alkohol
Drogen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Blutdruckmittel
Herzmedikamente
Schmerzmittel
Antibabypille
Psychopharmaka
Medikamente gegen Osteoporose (Bisphosphonate)
Antidiabetika
Insulin
andere: _____

gerinnungshemmende Medikamente
Marcumar
Aspirin
ASS
Clopidogrel
Ticlopidin

Wurden Sie im letzten Jahr im Mund/Kiefer/Gesichtsbereich geröntgt?
Wünschen Sie einen Röntgenpass, falls Bilder gemacht werden?

Andere Erkrankungen Infektionen oder Einschränkungen
Welche? _____

Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich an Ihrem Gesundheitszustand etwas verändert.

Information und Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Bei der Betäubung im Unterkiefer (Leitungsanästhesie) kann es in sehr seltenen Fällen zu einer bleibenden Nervschädigung kommen. Hierdurch sind vorübergehende aber auch bleibende, dauerhafte Gefühlsstörungen auf der betroffenen Seite, der Unterlippe und Zunge möglich.

Es können sich durch die Anästhesie Blutergüsse bilden, die auch nach Abklingen der Betäubung zu Schmerzen und Mundöffnungsschwierigkeiten führen können, diese klingen in der Regel von selbst wieder ab.

Infolge der zahnärztlichen Behandlung und Betäubung, kann es zur Einschränkung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen.

Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Bitte verzichten Sie solange die Betäubung wirkt möglichst auf die Nahrungsaufnahme, da es neben Bissverletzungen zu Verbrennungen oder Erfrierungen kommen kann.

Sind bei Ihnen während oder nach einer örtlichen Betäubung beim Zahnarzt schon mal Probleme aufgetreten?
Welche? _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Unterschrift