Zahnarzt Dr. med. dent.
Michael Salzberger
Bahnhofstr. 1
93413 Cham

Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis! Um Ihnen eine optimale Behandlung bieten zu können, benötigen wir vorab einige Informationen von Ihnen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Patient·in

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherte·r

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße, Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

Kontaktdaten

Telefon privat _____ Telefon Arbeit _____ mobil _____ E-Mail _____

Beruf _____

Name und Anschrift Ihrer Hausärztin/Ihres Hausarztes _____

Zusatzversicherung oder Beihilfe _____

Wer hat Ihnen uns empfohlen? _____

Allgemeine Fragen

Möchten Sie halbjährlich an Ihre Zahnvorsorgeuntersuchung erinnert werden? ☐ ja ☐ nein
Wurden innerhalb des letzten Jahres aktuelle Röntgenaufnahmen gemacht? ☐ ja ☐ nein
Besitzen Sie ein Bonusheft? ☐ ja ☐ nein
Besitzen Sie ein Röntgenheft? ☐ ja ☐ nein
Gefallen Ihnen Ihre Zähne, wenn Sie in den Spiegel schauen? ☐ ja ☐ nein
Sind Sie an einer Professionellen Zahnreinigung interessiert? ☐ ja ☐ nein
Tragen Sie einen Zahnersatz? Wenn »ja«, wie alt ist dieser? _____
Sind Sie mit Ihrem Zahnersatz zufrieden? ☐ ja ☐ nein
Haben Sie ein spezielles Anliegen? Wenn »ja«, welches? _____
Wann war Ihre letzte zahnärztliche Untersuchung? _____
Sind Sie ständig in ärztlicher Behandlung? ☐ ja ☐ nein
Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung? ☐ ja ☐ nein

Medizinische Fragen

Manchmal kann es notwendig sein, dass von Ihren Zähnen und/oder Ihrer Mundschleimhaut Fotos zu diagnostischen oder Dokumentationszwecken angefertigt werden müssen. Diese verbleiben selbstverständlich bei uns in der Praxis und werden an keine Dritten ohne Ihr Einverständnis weitergegeben.

Herz/Kreislauf:

- ☐ Herzpass
- ☐ hoher Blutdruck
- ☐ niedriger Blutdruck
- ☐ Angina pectoris (Brustenge)
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Herzschwäche
- ☐ Herzfehler
- ☐ Herzmuskelentzündung
- ☐ Herzklappenentzündung
- ☐ künstliche Herzklappe
- ☐ Rhythmusstörungen
- ☐ Herzschrittmacher

oder _____

Gefäße:

- ☐ Schlaganfall
- ☐ Thrombosen
- ☐ Durchblutungsstörungen
- ☐ Krampfadern

oder _____

Blut:

- ☐ Gerinnungsstörungen
  - ☐ auch bei Blutsverwandten
- ☐ Nachbluten nach Operationen
- ☐ häufiges Nasenbluten
- ☐ blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung

oder _____

Nieren:

- ☐ Nierensteine
- ☐ Nierenentzündung
- ☐ Dialysepflicht

oder _____

Gerinnungshemmende Medikamente:

Dauerhaft oder in den letzten Tagen, z. B.

- ☐ Aspirin/ASS
- ☐ Plavix/Iscover/Clopidogrel
- ☐ Marcumar/Xarelto
- ☐ Ticlopidin

oder _____

Leber:

- ☐ Fettleber
- ☐ Leberzirrhose
- ☐ Hepatitis A, B oder C
- ☐ Gelbsucht
- ☐ Gallensteine

oder _____

Magen/Darm:

- ☐ Refluxkrankheit
- ☐ Geschwür
- ☐ Verdauungsstörungen
- ☐ Sodbrennen

oder _____

Atemwege/Lunge:

Asthma

- ☐ Schlafapnoe (Atemstillstand im Schlaf)
- ☐ chronische Bronchitis
- ☐ Lungenentzündung
- ☐ Tuberkulose
- ☐ COPD (chronische obstruktive Lungenerkrankung)
- ☐ Lungenemphysem (Überblähung der Lunge)

oder _____

Augen:

- ☐ starke Einschränkung der Sehkraft
- ☐ Grüner Star
- ☐ Grauer Star
- ☐ Blindheit

oder _____

Nerven/Gemüt:

- ☐ Angstzustände
- ☐ Krampfanfälle/Epilepsie
- ☐ Lähmungen
- ☐ Depressionen

oder _____

Weitere Medikamente:

Müssen sie aufgrund einer bestehenden Erkrankung oder Vorbehandlung vor/während/nach einer zahnärztlichen Behandlung Medikamente (z. B. Antibiotikum einnehmen?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

Skelettsystem/Knochen:

- ☐ Osteoporose
- ☐ Gelenkerkrankung
- ☐ künstliche Gelenke
- ☐ Muskelerkrankungen
- ☐ Fibromyalgie (chronische, nicht entzündliche Schmerzerkrankung)

oder _____

Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt? ☐ ja
Wegen welcher Erkrankung?
Wann? Mit welchem Präparat (z. B. Alendronsäure, Fosamax, Actonel)?

Stoffwechsel:

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

oder _____

Allergien:

- ☐ Heuschnupfen/Nahrungsmittel
- ☐ Antibiotika
- ☐ Schmerzmittel
- ☐ Jod
- ☐ Latex
- ☐ Metalle

oder _____

Immunschwäche:

- ☐ Einnahme von Kortison
- ☐ Zustand nach Organtransplantation
- ☐ AIDS/HIV
- ☐ Bestrahlung, Chemotherapie
- ☐ Blutkrebs

Andere Erkrankungen oder Behinderungen:

- ☐ Tumorerkrankungen

oder _____

Weitere Angaben:

Sind Sie schwanger? ☐ ja Monat? _____
Rauchen Sie? ☐ ja Wie viel? _____ / Tag
Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört? ☐ ja
Wenn »ja«, wann?
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ☐ ja

Regelmäßige Medikamente:

- ☐ Blutdruckmedikamente
- ☐ Herzmedikamente
- ☐ Schmerzmittel
- ☐ Rheumamittel
- ☐ Psychopharmaka
- ☐ Antidiabetika
- ☐ Antibabypille

oder _____

- ☐ Antibiotika in letzten 3 Monaten?
- ☐ Ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungen?

Auffälligkeiten im Zahnbereich:

- ☐ temperaturempfindliche Zähne
- ☐ Zahnfleischbluten
- ☐ Stellungsveränderung der Zähne
- ☐ Zahnspange in der Vergangenheit
- ☐ Häufiges Atmen durch den Mund
- ☐ Zahnverluste durch Karies
- ☐ Zahnverluste durch Zahnlockerung
- ☐ Zahnfleischbeschwerden

oder _____

Wurde bereits eine Paradontosebehandlung durchgeführt? ☐ ja

Ihre Angaben werden von uns teilweise elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bedingungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht.
Achtung: Nach einer örtlichen Betäubung können Sie bedingt verkehrsuntüchtig sein und sollten sich nicht selbst ans Steuer setzen!
Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit.

Herzlichen Dank! Ihr Praxisteam

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben:

_____

Ort, Datum, Unterschrift Patient·in

Aufklärungsformular örtliche Betäubung

Liebe Patientin, lieber Patient,
liebe Eltern,

eine schmerzarme, durch eine örtliche Betäubung meistens sogar schmerzfreie Behandlung macht den Aufenthalt in der Zahnarztpraxis einfacher und angenehmer. Viele Behandlungen sind nur so für die Patienten einigermaßen entspannt durchführbar. Betäubungsmittel können neben dem Ausschalten der Schmerzempfindung auch eine Verminderung von auftretenden Blutungen bewirken.

Mögliche Arten der Betäubung mit einer Spritze:
Zähne/Knochen/Zahnfleischinfiltration (1)
Nervenstrangleitung (2)
Ein Zahn/Zahnbett – intraligamentär (3)
Oberflächenanästhesie (4)

Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen der geplanten Behandlung:
- Einstichschmerz
- Kribbeln/Taubheit/Gefühllosigkeit bis zu mehreren Stunden
- Beweglichkeit der Zunge vermindert, Hängen der Lippe/Wange spürbar, sichtbar (1,2)
- Nachschmerz der Einstichstelle
- Bluterguss, Verfärbung, Bewegungseinschränkung
- Aufbissempfindlichkeit nach Intraligamentäranästhesie (3)
- Schwäche, Kreislauf, Schwindel
- Bakterienverschleppung in die Blutbahn (Bakteriämie), Entzündung der Einstichstelle
- Reaktionsfähigkeit/Aufmerksamkeit/Fahrtüchtigkeit eingeschränkt, Müdigkeit, Schlaflosigkeit
- Kopfschmerz, Übelkeit
- Kribbelnde Handflächen, metallischer Geschmack, Atemschwierigkeit
- Mitbetäubung anderer Bereiche
- Verblassung/Rötung von Hautbereichen
- Schnelle Schwellung
- Selbstverletzung durch Abwehrbewegung/Ausweichen
- Schwellung unteres Augenlid, Zuschwellen des Auges, Sehstörung
- Kreislaufkollaps, Bewusstlosigkeit, Allergische Reaktion
- Länger anhaltende, nach Tagen/Wochen/Monaten abklingende Gefühllosigkeit im Verlaufsgebiet eines betäubten Nervs
- Sehr selten: dauerhafte Gefühllosigkeit im Verlaufsgebiet eines betäubten Nervs (Zungennerv, Wangennerv, Unterkiefernerv, Gesichtsnerv)

Sollten Sie noch Fragen zu Anästhesiemaßnahmen sowie -risiken haben, besprechen wir dies gerne noch einmal persönlich mit Ihnen.

Ich habe den Inhalt der Anästhesieaufklärung verstanden und bestätige dies durch meine Unterschrift:

Ort, Datum, Unterschrift Patient·in