



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: _____

Name

Vorname

geboren am

Versicherter: _____

Name

Vorname

geboren am

Anschrift: _____

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Zu erreichen: _____

Telefon Privat

Telefon Arbeit

Mobil

E-Mail

Beruf: _____

Name und Anschrift Ihres Hausarztes: _____

Zusatzversicherung oder Beihilfe: _____

Ich komme auf Empfehlung von: _____

Allgemeine Fragen:

JA NEIN

Möchten Sie 1/2 jährlich 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? _____ JA NEIN

Sind Sie mit Ihrem Zahnersatz zufrieden? JA NEIN

Haben Sie ein spezielles Anliegen? Wenn JA, welches? JA NEIN

Wann war Ihre letzte zahnärztliche Untersuchung? _____

Sind Sie in ständiger ärztlicher Behandlung? JA NEIN

Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung? JA NEIN

Skelettsystem/Knochen:

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

oder _____

- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zur Zeit mit **Bisphosphonaten** behandelt? Wegen welcher Erkrankung?

- Wann? Mit welchem Präparat?

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 Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- AIDS/HIV
- Bestrahlung, Chemotherapie
- Blutkrebs

Andere Erkrankungen oder Behinderungen:

- Tumorerkrankungen
- oder _____

Weitere Angaben:

- Sind Sie schwanger? Monat? _____
- Rauchen Sie? Wie viel? _____
- Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört? Wann _____
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

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
- häufig durch den Mund atmen
- Zahnverluste durch Karies
- Zahnverluste durch Zahnlockerung
- Zahnfleischbeschwerden

oder _____

- Wurde bereits eine Parodontosebehandlung durchgeführt?

Ihre Angaben werden von uns teilweise elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bedingungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht.

Achtung: Sie können nach einer örtlichen Betäubung bedingt verkehrstüchtig sein und sollten sich nicht selbst ans Steuer setzen.

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit.

Sollten sie verhindert sein, sagen Sie Ihre Termine bitte mindestens **24 Stunden** vorher ab. Andernfalls könnten wir Ihnen ausgefallene Termine privat in Rechnung stellen.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

Herzlichen Dank – Ihr Praxisteam

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/Zahnfleisch – Infiltration (1)

Nervenstrang – Leitung (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 Lippe/Wange spürbar, sichtbar (1,2)
- Nachschmerz Einstichstelle
- Bluterguss, Verfärbung, Bewegungseinschränkung
- Aufbißempfindlichkeit nach Intraligamentäranästhesie (3)
- Schwäche, Kreislauf, Schwindel
- Bakterienverschleppung in die Blutbahn (Bakteriämie), Entzündung der Einstichstelle
- Bluterguss, Verfärbung, Bewegungseinschränkung
- 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, Verlaufsgebiet eines betäubten Nervs.
- **Sehr selten: dauerhafte Gefühllosigkeit im Verlaufsgebiet eines betäubten Nervs (Zungennerv, Wangennerv, Unterkiefernerve, 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