

# Anamnesebogen



**Name / Vorname:**

**Geburtsdatum und Ort:** \_\_\_\_\_ **Geschlecht:** \_\_\_\_\_

**Adresse:**

**Telefon/Mobil/ggfs. geschäftlich:** \_\_\_\_\_ **eMail:** \_\_\_\_\_

**Name der Krankenversicherung:** \_\_\_\_\_ **Bei Privatversicherungen:**  
 Ich bin im PKV-Standardtarif versichert:   
 Ich bin beihilferechtigt:

**Hausarzt (Name und Ort)**

**Zahlungspflichtiger bei minderjährigen Patienten:**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die **Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten** notwendig:

**Datum und Unterschrift:**

Ich bin damit einverstanden, dass bei meinem Kind in den Fällen, wo es ohne Begleitung eines Elternteils die Praxis besucht und es medizinisch sinnvoll erscheint, ein Röntgenbild angefertigt werden darf:

**Datum und Unterschrift:** \_\_\_\_\_ **Nein**

## Anamnese:

	Ja / Nein				Ja / Nein				Ja / Nein					
<b>Herz/Kreislauf</b>					<b>Stoffwechsel:</b>					<b>Leber/Nieren:</b>				
Herzinfarkt					Diabetes					Hepatitis A oder B				
Endocarditis					Hb1Ac Wert bekannt?					Hepatitis C				
Myocarditis					<b>Bei ja, wie hoch ca.:</b>					Fettleber				
Künstliche Herzklappe					Schilddrüsenunterfkt.					Niereninsuffizienz				
Herzschr. m. a. c.					Schilddrüsenüberfkt.					Nierenentzündung				
Hoher Blutdruck					<b>Allergien gegen:</b>					Dialysepflichtig				
Niedriger Blutdruck					Lokalanästhetika									
Rhythmusstörungen					<b>Bei ja, welche?</b>					<b>Nehmen Sie Medikamente?</b>				
Herzoperation					Antibiotika					ASS				
<b>Gefäße:</b>					Schmerzmittel					Blutdruck				
Schlaganfall					Jod					Schmerzmittel				
Thrombose					Latex					Cortison				
Durchblutungsstörung					Allergisches Asthma					Antidiabetika				
<b>Atemwege/Lunge:</b>					(zahnärztl.) <b>Metalle:</b>					Hormonbehandlung				
Asthma / COPD					Allergiepass?					Bisphosphonate				
Tuberkulose					<b>Nerven/Gemüt:</b>					Psychopharmaka				
Chronische Bronchitis					Epilepsie					<b>Blutverdünner</b>				
Schlafapnoe					Lähmungen					<b>Bei ja, welche?</b>				
Schnarchen Sie?					Depressionen									
					Angstzuständen					<b>Sonstige Medikamente:</b>				

Ja / Nein

Ja / Nein

Ja / Nein

**Skelettsystem:**

Osteoporose				
Bandscheibe				
Muskelerkrankungen				
Gelenkerkrankungen				
Fibromyalgie				

**Blut:**

Gerinnungsstörung				
Häufiges Nasenbluten				
Nachblutung nach OPs				

**Immunschwäche:**

Organtransplantation				
HIV / AIDS				

**Magen/Darm:**

Geschwür				
Sodbrennen/Reflux				
Verdauungsstörung				
Morbus Crohn				

**Aktuelle Röntgen-  
bilder vorhanden?** **Sonstiges:**

Chemotherapie				
Bestrahlung				
<b>Künstliche Gelenke</b>				
Ohnmachtsneigung				
Tumorerkrankung				
Stress/Knirschen Sie?				

**Augen:**

Grüner Star/Glaukom				
Grauer Star				

**Sonstiges:**

Raucher:	Nein	Ja	<b>Bei ja</b> , wie viele ca. täglich:	
Alkohol:	Nein	Ja	<b>Bei ja</b> , bitte ankreuzen:	<i>normal</i>   <i>verstärkt</i>
<b>Schwangerschaft:</b>	Nein	Ja	<b>Bei ja</b> , welche SSW:	
Drogenkonsum:	Nein	Ja	<b>Bei ja</b> , welche und wie oft:	
<b>Haben Sie einen Pflegegrad?</b>	Nein	Ja	<b>Bei ja</b> , welcher?	
<b>Haben Sie einen Betreuer?</b>	Nein	Ja	<b>Bei ja</b> , Name und Kontaktdaten:	

**Wichtige Informationen:**

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Ich bin damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten, die auf meiner Krankenversichertenkarte gespeichert sind sowie meine Daten zur Diagnose und Therapie in der o.g. Praxis gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Die Patienteninformationen zum Datenschutz gem. Art. 13 und 14 DSGVO habe ich gelesen (siehe Aushang in der Praxis)

**Service/Recall:**

Unsere Praxis verwendet zurzeit die Software Doctolib, um unsere Patienten im Sinne des angebotenen Recalls in regelmäßigen Abständen an wiederkehrende Vorsorgeuntersuchungen (Recall) zu erinnern. Eine persönliche telefonische Benachrichtigung findet in der Regel nicht mehr statt. **Mit meiner folgenden Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden am angebotenen Recall teilzunehmen** und erlaube der Praxis Dr. Nüchel mich in regelmäßigen Abständen (in der Regel 6 oder 12 Monate) per SMS oder Mail an einen solchen Termin zu erinnern. Diese Einwilligung kann selbstverständlich jederzeit widerrufen werden. Falls Sie **NEIN** ankreuzen können wir Sie nicht dabei unterstützen darauf zu achten, dass der jeweilige Eintrag in Ihrem Bonusheft fristgerecht erfolgt.

<b>Ja</b>	<b>Unterschrift:</b>	<b>Nein</b>
-----------	----------------------	-------------

**Hinweis:** In jedem Fall, d.h. auch wenn Sie **NEIN** angekreuzt haben, werden Sie durch unser System an bereits **bestehende, eigenständig vereinbarte** Termine per SMS/Mail **erinnert**. Sollten Sie dies ausdrücklich nicht wünschen, teilen Sie dies uns bitte mit.

**Wie wurden Sie auf die Praxis aufmerksam:**

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die ausgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe:

<b>Datum:</b>	<b>Unterschrift Patient und/oder Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter</b>
---------------	---

<b>Name:</b>	<b>Vorname</b>
--------------	----------------

## Aufklärung über örtliche Betäubung

**Lieber Patient,**

die zahnärztliche Anästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Dadurch können notwendige Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren und ein routinemäßiger Vorgang zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht immer vermeidbar. Ferner kann es zu folgenden Komplikationen kommen:

**Blutungen und Hämatom (Bluterguss):** Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen Kaumuskel infolge der Injektion kann es zu einer temporären Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch Infektionen kommen.

**Allergien:** Ferner können Kreislauf- oder allergische Reaktionen auftreten. Bitte informieren Sie uns daher auch über Allergien und andere allgemeine Erkrankungen (Herz-Kreislauf, Diabetes, Asthma etc.) soweit diese bekannt sind.

**Nervenschädigung:** Bei einer Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. in sehr seltenen Fällen dauerhafte Gefühlstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte oder Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden, die in der Regel innerhalb weniger Wochen erfolgt.

**Verkehrstüchtigkeit:** Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist primär nicht auf das Medikament, sondern vielmehr auf Stress und Angst im Rahmen der Behandlung sowie der lokalen Irritation zurückzuführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen oder Maschinen mit Gefährdungspotenzial bedienen.

**Selbstverletzung:** Sollten außer den behandelten Zähnen auch die umgebenden Weichteile (z.B. Zunge, Wangen, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen (z.B. durch zu heiße Getränke) und Erfrierungen möglich. Aus diesem Grunde möchten wir die Diabetiker unter Ihnen darauf hinweisen, bitte vor der Behandlung ausreichend zu essen.

Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie in der Vergangenheit schon einmal Probleme in Verbindung mit einer örtlichen Betäubung während einer zahnärztlichen Behandlung hatten.

Wir wünschen Ihnen eine gute Besserung.

**Ihr Praxisteam**

Die Aufklärung habe ich verstanden und meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Mit meiner Unterschrift bestätige ich das wahrheitsgemäße Ausfüllen und die Kenntnisnahme des Fragebogens. Bei Änderungen werde ich meinen Zahnarzt spätestens beim nächsten Besuch informieren.

Ort, Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)