



ZAHNARZTPRAXIS
Dr. Kühn & Kollegen

Anamnesebogen für unsere Patienten

Liebe Patientinnen und Patienten,
wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Praxis „Zähne mit Herz“ entschieden haben und uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Für eine individuelle, auf ihre Gesundheit abgestimmte, Behandlung und Beratung benötigen wir daher einige persönliche Angaben von Ihnen. Bitte nehmen Sie sich Zeit beim Ausfüllen des Gesundheitsfragebogens und teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes immer mit.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

Patientendaten

Name _____ Vorname _____
Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____
Geb.-datum, -ort _____ Beruf _____
Tel. privat _____ Tel. mobil _____
E-Mail _____ Hausarzt _____
Krankenkasse _____ Zusatzversicherung, wenn ja, welche? _____
 pflichtversichert Bonusheft, wieviele Jahre? _____
 freiwillig versichert Beihilfe, wenn ja, welche? _____
 privat versichert

Die Erinnerung an meinen nächsten Vorsorgetermin, möchte ich

- telefonisch erhalten.
 per E-Mail erhalten.
 nicht erhalten.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Google/Jameda Werbung/Anzeige Freunde/Familie
 Homepage Social Media (Facebook/Instagram) Sonstiges

Patientenempfehlungen sind die größten Komplimente für uns!

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen? _____
Für welche Leistung wurden wir empfohlen? _____

Bitte weiter auf der nächsten Seite >>

Anamnesebogen für unsere Patienten

Grund ihres Besuches

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> Kopf-/Rücken-/Nackenbeschwerden, Migräne, Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Schnarchschiene |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten/-rückgang, lockere Zähne | <input type="checkbox"/> Sportzahnmedizin |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch | <input type="checkbox"/> professionelle Zahnreinigung |
| <input type="checkbox"/> schönere Zähne | <input type="checkbox"/> Bleaching |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbeschwerden, Knirschen / Pressen | <input type="checkbox"/> Lachgasbehandlung für Angstpatienten |

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

- | Ja | Nein | | Ja | Nein | |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzerkrankungen (Infarkt, Endokarditis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lebererkrankung (Hepatitis) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nervenleiden (z. B. Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankungen (z. B. dialysepflichtig) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutkrankheit (z. B. Blutarmut) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Muskelerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lungenerkrankungen (z. B. Asthma) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Magen-Darm-Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rheuma, rheumatisches Fieber |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infektionskrankheiten (z. B. HIV, TBC) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krebs (Tumorerkrankungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nasennebenhöhlenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Augenleiden (z. B. grüner Star) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gemütskrankungen (z. B. Depression) | | | |

1. Haben Sie sonstige Erkrankungen?

Wenn ja, welche? _____

2. Nehmen Sie blutverdünnende Mittel / Gerinnungshemmer? (z. B. Marcumar / NOAK / Aspirin, Clopidogrel)

Wenn ja, welche? _____

3. Wurden Sie oder werden Sie z.Z. mit Bisphosphonaten behandelt? _____

4. Sind sie z.Z. in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, weswegen? _____

5. Liegen bei Ihnen Allergien/Materialunverträglichkeiten vor?

Wenn ja, welche? _____

Anamnesebogen für unsere Patienten

6. Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente empfindlich?

Wenn ja, welche? _____

7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

8. Sind Sie in orthopädischer, physiotherapeutischer oder osteopathischer Behandlung ?

Wenn ja, bei wem? _____

9. Sind Sie Raucher? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

10. Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger? Ja Nein

Befinden Sie sich in der Stillzeit? Ja Nein

Sie sind uns wichtig

Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen? Ja Nein

Leiden Sie unter einem ausgeprägten Würgereiz? Ja Nein

Wünschen Sie sich weiße ästhetische Zähne? Ja Nein

Wünschen Sie sich eine langfristige Zahnerhaltung durch professionelle Zahnreinigung? Ja Nein

Ist Ihnen Ihr Lächeln wichtig? Ja Nein

Wünschen Sie sich feste Zähne – eine Implantatberatung? Ja Nein

Wünschen Sie sich Zahnerhaltung durch modernste Wurzelkanalbehandlung? Ja Nein

Schnarchen Sie? Ja Nein

Haben Sie Interesse an Sportzahnmedizin - Performance Schiene? Ja Nein

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst? _____

WICHTIGE INFORMATIONEN

Termine

Sie kommen zur Zahnbehandlung in unsere Praxis, die nach einem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass in der Regel nur geringe Wartezeiten entstehen und die reservierte Zeit vollauf für Sie zur Verfügung steht. Wenn Sie einmal einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen **spätestens 48 Stunden im Voraus abzusagen**.

Ansonsten behalten wir uns vor, Ihnen die ungenutzte Zeit in Rechnung zu stellen.

Örtliche Betäubung

Die zahnärztliche Lokalanästhesie dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen wie z.B. Implantate, Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen und sonstige Operationen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion von einem Hirnnerv (Nervus Trigemini) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesie-Lösung an folgenden Stellen platziert:

- a) an der Schleimhaut, die den Zahn umgibt (Infiltrationsanästhesie) und/oder
- b) in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen, direkt zwischen Zahn und Zahnfleisch (Intraligamentäre Anästhesie) und/oder
- c) im Unterkiefer in der Nähe des Haupt-Unterkiefernervs (Nervus Mandibularis)

Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen in sehr seltenen Fällen zu beobachten.

FOLGENDE KOMPLIKATIONEN SIND MÖGLICH

BLUTERGUSS (HÄMATOM)

Durch die Verletzung kleiner Blutgefäße im Zahnfleisch können Blutungen um das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen Kaumuskel infolge der Injektion, kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und / oder Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktionen.

NERVENSCHÄDIGUNG

Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation der Nervenfasern entstehen. Hierdurch sind vorübergehende, sehr selten auch dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte, Unterkiefer- und/oder Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Es kann versucht werden, mittels Vitaminspritzen (Vitamin B6, B12, Folsäure) eine schnellere Regeneration zu unterstützen. Die spontane Heilung muss jedoch abgewartet werden.

VERKEHRSTÜCHTIGKEIT

Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung, kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist teilweise auf das Medikament (Lokalanästhetikum), aber auch auf die Verfassung des Patienten (Stress, Angst vor der Behandlung) zurückzuführen.

SELBSTVERLETZUNG

Durch lokale Betäubung sind außer dem zu behandelten Zahn oder Kieferbereich, meist auch die umgebenden Weichteile (Zunge, Wangen, Lippe) mit betäubt. Bitte verzichten Sie, solange sie das Taubheitsgefühl verspüren, auf Nahrungsaufnahme. Es besteht die Gefahr der Selbstverletzung durch Bissverletzungen, Verbrennungen und Erfrierungen. Leicht gekühlte Getränke oder Getränke auf Zimmertemperatur können Sie bedenkenlos einnehmen.

Hiermit versichere ich, dass ich die Information zur örtlichen Betäubung und zu möglichen Komplikationen aufmerksam und komplett durchgelesen habe.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in