



Anamnesebogen Erwachsene

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben dienen dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen und unterliegen selbstverständlich unserer ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Bei Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Die mit * gekennzeichneten Angaben sind nicht unbedingt für die Behandlung notwendig und somit freiwillig.

Wir weisen Sie darauf hin, dass das Ausfüllen dieses Anamnesebogens auf freiwilliger Basis erfolgt. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihr Auskunftsrecht geltend machen zu können.

Wir weisen Sie weiterhin darauf hin, dass im Rahmen der Behandlung vom Behandler oder anderen Mitarbeitern der Praxis für den Behandlungserfolg, die Verwaltung der Behandlungsdokumentation oder die Abrechnung erforderliche Daten von Ihnen erfragt und weiterverarbeitet werden können.

Patient

Name: _____ Krankenkasse: _____
Vorname: _____ E-Mail: _____
Straße, Nr.: _____ Mobil: _____
PLZ/Ort: _____ Tel. privat: _____
Geb. Datum: _____ Tel. gesch.: _____
Geburtsort: _____

Versicherter (falls abweichend)

Name: _____ Krankenkasse _____
Vorname: _____ Geb. Datum: _____
Straße, Nr.: _____ Tel. privat: _____
PLZ/Ort: _____ Tel. gesch.: _____

Grund Ihres Besuches

Zahnschmerzen ja nein Mundgeruch ja nein
Zahnfleischbluten ja nein Pressen/Knirschen der Zähne ja nein
Schnarchen ja nein Kopfschmerzen/Nackenschmerzen ja nein
Kontrolle ja nein

Fragen zur Röntgenuntersuchung

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt? ja nein

Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein Wenn ja, welche Woche? _____

Leiden Sie oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen.

Herz/Kreislauf Herzinfarkt hoher/niedriger Blutdruck
 Herzschrittmacher Herzklappe tierisch/mechanisch
 Endokarditis
Gefäße Schlaganfall
 Gerinnungsstörungen Welcher Art? _____
Stoffwechsel/Zuckerkrankheit Schilddrüsenerkrankung Diabetes mellitus
ansteckende Erkrankung Hepatitis A/B/C AIDS/HIV

Atemwege/Lunge Asthma
Nerven/Gemüt Krampfanfälle/Epilepsie
Allergie/Überempfindlichkeit ja nein Wenn ja, welche? _____
Knochen Osteoporose
Augen Grüner Star
Leiden Sie an anderen Erkrankungen? _____

Medikamenteneinnahme

Haben Sie jemals Bisphosphonate (z. B. Actonel, Zoneta®, Fosamax®, Bonviva) eingenommen? ja nein
Nehmen Sie derzeit Medikamente zu sich? Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Immunsuppressiva eingenommen? ja nein
Haben Sie Epilepsiemedikamente eingenommen? ja nein

Gerinnungshemmende Medikamente dauerhaft in den letzten Tagen

Aspirin (ASS), letzte 10 Tage Marcumar, Xarelto, Eliquis, Plavix

Rauchen Sie? ja nein

Leiden Sie unter Würge reiz? ja nein

Angst vorm Zahnarzt? ja nein

Ich habe Interesse an...

Implantaten Hochwertigem Zahnersatz Amalgamentfernung Prophylaxe
 Laserbehandlung Ästhetische Zahnheilkunde Schnarcherschiene Mundgeruchsprechstunde
 Bleaching Parodontalbehandlung Kiefergelenksbehandlung Lachgasbehandlung
 Sonstiges: _____

Recall-/Erinnerungssystem*

Möchten Sie in unser Recall-Programm aufgenommen werden? ja nein

Wurden wir Ihnen empfohlen, wenn ja, durch wen?

Aufklärung über Risiken bei Leitungsanästhesie im Unterkiefer

Anästhetika können unterschiedliche Nebenwirkungen haben, die u.a. Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen können. Bitte stellen Sie sich bei Ihren Behandlungsterminen darauf ein.

Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet Sie darüber aufzuklären, dass in seltenen Fällen die Gefahr besteht, dass beim Einstechen der Nadel der nervus mandibularis oder nervus lingualis reversibel oder irreversibel geschädigt werden kann. Das äußert sich nach Nachlassen der Anästhesie durch anhaltendes Kribbeln oder in vorübergehender teilweiser oder vollständiger Taubheit im Anästhesiebereich.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben sowie Ihr Einverständnis mit den Behandlungsbedingungen. In Ihrem Interesse bitten wir Sie, uns jegliche gesundheitlichen Veränderungen und veränderte Medikamenteneinnahme mitzuteilen.

Die gesundheitlichen Risiken müssen alle 12 Monate überprüft und mit Ihrer Unterschrift bestätigt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass

- Ich die Erklärungen auf diesem Patientenbogen verstanden habe. Der Abschluss meines Behandlungsvertrages ist von meinen Angaben nicht abhängig. Ich bestätige, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt.

- Ich vor der Einwilligung darauf hingewiesen wurde, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Einwilligung (auch teilweise) für die Zukunft, schriftlich (E-Mail reicht) zu widerrufen.

Mir ist bekannt, dass mein Recht auf Löschung meiner Daten erst für die Zukunft besteht, sofern die Daten nicht der gesetzl. Dokumentationspflicht unterworfen sind.

- Mir ist die Datenschutzerklärung der Praxis zur Verfügung gestellt worden. Ich habe diese zur Kenntnis genommen. Mir wurde erklärt, dass ich die Datenschutzerklärung jederzeit in der Praxis (und auf der Website der Praxis) einsehen kann.

Ort, Datum

Unterschrift