

# Anamnese- und Beratungsbogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Ihre Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen, ist unser höchstes Ziel. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigen wir Ihre Mitarbeit. Bitte füllen Sie diesen Beratungsbogen möglichst genau aus, da zahnärztliche Behandlungen Auswirkungen auf die unterschiedlichsten Krankheiten haben können.

**Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes!**

Patient:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Versicherter:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift:

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ geschäftlich \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

Hausarzt:

Name \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Krankenkasse:

Kasse \_\_\_\_\_  Zahnzusatzversicherung \_\_\_\_\_

Privat \_\_\_\_\_  Beihilfeberechtigt \_\_\_\_\_

**Herz-/ Kreislaufkrankungen:**

Hoher Blutdruck  ja  nein  
Niedriger Blutdruck  ja  nein  
Herzklappenfehler  ja  nein  
Herzklappenersatz  ja  nein  
Herzschrittmacher  ja  nein  
Endokarditis  ja  nein  
Herzoperation  ja  nein

**Hochgradige Neutropenie**  ja  nein  
**Mukoviszidose-Erkrankung**  ja  nein  
**Organtransplantiert**  ja  nein  
**Stammzellentransplantiert**  ja  nein

**Infektiöse Erkrankungen:**

HIV-Infektion/Stadium AIDS  ja  nein  
Lebererkrankung/Hepatitis  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein  
Infektionskrankheiten (z. B. MRSA)  ja  nein

**Besteht eine Schwangerschaft?**  ja  nein

Wenn ja, in welchem Monat? .....Monat

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?** .....

**Nehmen Sie Bisphosphonate?**

**Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?**

**Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?**

**Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?**

**Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?**

**Anfallsleiden (Epilepsie)**

ja  nein

**Asthma/Lungenerkrankungen**  ja  nein

**Blutgerinnungsstörungen**  ja  nein

**Diabetes/Zuckerkrankheit**  ja  nein

**Drogenabhängigkeit**  ja  nein

**Nervenerkrankung**  ja  nein

**Nierenerkrankungen**  ja  nein

**Ohnmachtsanfälle**  ja  nein

**Osteoporoseerkrankung**  ja  nein

**Raucher**  ja  nein

**Rheuma/Arthritis**  ja  nein

**Schilddrüsenerkrankung**  ja  nein

**Sonstige Erkrankungen:**  ja  nein

.....

**Allergien bzw. Unverträglichkeiten:**

Lokalanästhesie/Spritzen  ja  nein

Antibiotika  ja  nein

Schmerzmittel  ja  nein

Metalle: .....

**Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche**

**Röntgenaufnahmen gemacht worden?**

Wenn ja, wann?.....

.....seit.....

..... seit .....

ja  nein seit .....

ja  nein seit .....

ja  nein seit .....

ja  nein seit .....

ja  nein Datum: .....

Bitte wenden!

- Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

**Bitte beachten Sie, dass nach einer Lokalanästhesie die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt sein kann!!!**

**Aufklärung über zahnärztliche Lokalanästhesie**

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (z. B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intraaligamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nerven (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar.

Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

**Hämatom (Bluterguss):** Durch die Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskel infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und zu Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt darüber informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

**Nervenschädigung:** Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte oder die Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nach maximal 12 Stunden nicht vollständig abgeklungen sein, informieren Sie Ihren Zahnarzt.

**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 den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung sowie der lokalen Irritation zurückzuführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

**Selbstverletzung:** Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (z.B. Zunge, Wangen, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

**Einverständnis zur zahnärztlichen Lokalanästhesie:**

- Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. **Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können!!!**

**Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunftsei eingeholt wird.**

Herrieden, den .....

Unterschrift:.....