



Anmelde- und Gesundheitsfragebogen

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient - herzlich willkommen in unserer Praxis!
Viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Daher bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (sog. Anamnese). Dieser Bogen wird anschließend Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen, um Sie dadurch besser behandeln zu können. Bei Schwierigkeiten hinsichtlich der Beantwortung fragen Sie mich bitte. Sollte sich Ihr Gesundheitszustand im Laufe der Zeit verändern, bitten wir Sie, uns zu Ihrer eigenen Sicherheit sofort zu informieren.

Personalien

Name des Patienten _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Name des Hauptversicherten _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Anschrift des Patienten _____ Hausarzt Name, Telefon _____

Wie können wir Sie erreichen?

Telefon privat _____ Telefon mobil _____ Telefon beruflich _____ E-mail _____

Beruf (bei Kindern: Beruf, Vorname und Geb.-Datum der/ des Versicherten) _____ Arbeitgeber des Patienten/ Versicherten _____

Versicherungsverhältnis

O gesetzlich

Krankenkasse mit Ort: _____

pflichtversichert freiwillig versichert

beihilfeberechtigt

private Zusatzversicherung für Zahnersatz/ Prothetik

private Zusatzversicherung für Prophylaxe-Leistungen u./ o. Adhäsiv-Füllungen etc.

Name der privaten Zusatzversicherung: _____

O privat

Krankenversicherung mit Ort: _____

beihilfeberechtigt

„Basis-Tarif“ / „Standard-Tarif“

Was ist Ihr Hauptanliegen? _____

Auf wessen Empfehlung kommen Sie in unsere Praxis? _____

Haben Sie zur Zeit Schmerzen? _____

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne, kurz mit Ihrem „Lächeln“ zufrieden? _____

Können Sie gut mit Ihren Zähnen kauen? _____

Wünschen Sie besondere Beratung über:

Ästhetische Zahnheilkunde

Kariesvermeidung

Kopfschmerz- Behandlung

Implantate(künstliche Zahnwurzeln)

Amalgam-Entfernung/ -Alternativen

Zahnfarbene Keramikfüllungen

Kiefergelenksbehandlung

Aufhellen von Zähnen

Parodontal- (Zahnfleisch)-Behandlung

Professionelle Zahnreinigung

Sonstiges: _____

Für gesetzlich versicherte Patienten:

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

ja nein



Anamnese (medizinische Vorgeschichte)

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folg. Erkrankungen?	nein	ja	Falls Sie mit ja antworten: Bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen
1 Allergie (z. B. Antibiotika, Schmerzmittel, Latex etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
1.1 Allergie-Pass	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2 Anfallsleiden (z. B. Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3 Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma, Tbc, Nebenhöhlen etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3.1 Chronische Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4 Blutgerinnungsstörung oder Marcumar, ASS oder anderes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5 Zuckerkrankheit (Diabetes), welcher Typ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6 Grüner Star (Glaukom)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7 Hämatologische Erkrankungen (Erkrankungen blutbild. Organe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8 Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8.1 Herzpass	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8.2 Herzinsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8.3 Koronare Herzkrankheit/ Angina pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8.4 Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8.5 Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8.6 Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8.7 Herzklappenfehler/ -ersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8.8 Hypertonie (hoher Blutdruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8.9 Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8.10 Mangel durchblutung des ZNS/ Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8.11 Bakterielle Endocarditis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9 Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9.1 Gelbsucht (z. B. Hepatitis A, B, C, Non A Non B)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9.2 Immunschwäche (HIV/ AIDS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10 Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11 Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
12 Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
12.1 Chronische Niereninsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
12.2 Dialyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
13 Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	



Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folg. Erkrankungen?	nein	ja
14 Arthritis oder echtes Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Schilddrüsenerkrankungen (Unter- oder Überfunktion)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Tumorerkrankungen / Bisphosphonat-Therapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Frühere Operationen (Welche? Wann?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Hormontherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.1 Prostatavergrößerung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.2 Schwangerschaft (Woche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Nehmen Sie Medikamente? Bisphosphonat-Therapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Wenn ja, bitte auf der Rückseite auflisten
21 Hauterkrankungen (z. B. Herpes, Psoriasis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 Schleimhauterkrankungen (z. B. Candida-Infekt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.1 Rauchen Sie? Wenn ja wieviel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.2 Zahnfleischbluten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 Kopfschmerzen oder Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.1 Verspannungen im Gesichts-/ Nackenbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 Geräusche im Ohr (z. B. Knacken, Tinnitus, Hörsturz etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 Probleme mit dem Bewegungsapparat (z. B. Halswirbelsäule, Lendenwirbelsäule, Hals- Nacken-Verspannungen, M. Bechterew)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.1 Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 Nervenleiden und/ oder psychotherapeutische Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27 Haben Sie künstliche Gelenke?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28 Befürworten Sie homöopathische Therapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29 Sonstige Erkrankungen, die noch nicht gefragt wurden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wir bitten um Beachtung folgender Punkte:

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter dem Einfluss von Injektionen zur lokalen Anästhesie, therapeutischen Injektionen sowie Medikamenten die vor, während und nach der Behandlung verabreicht werden, für 4-6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein kann.

Ich erkläre, dass ich mit dem mir vorgeschlagenen ärztlichen Vorgehen einverstanden bin und allen sich bei der Ausführung dieses Vorgehens als notwendig erweisenden Maßnahmen zustimme. Über die Art und Bedeutung des Vorgehens muss ich ärztlicherseits unterrichtet werden.

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass dem behandelnden Zahnarzt vor jeder Behandlung eine neue Krankheit, die in der letzten Zeit aufgetreten ist, mitzuteilen ist.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen ggf. über eine private Abrechnungsgesellschaft erfolgt.

Um Ihnen eventuell entstehende Kosten zu ersparen, bitten wir Sie, Termine die Sie nicht einhalten können, spätestens 24h vorher zu ändern.

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxisteam Dres. Ritter

P. S. Auf Wunsch erhalten Sie gerne eine Kopie des vorliegenden ausgefüllten Anamnesebogens.



Aufklärungsbogen und Einverständniserklärung zur Lokal-Anästhesie

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die geplanten zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen weitestgehend schmerzfrei durchführen zu können, ist unter Umständen eine Lokal-Anästhesie („örtliche Betäubung“) erforderlich.

Komplikationen bei dieser Art der Anästhesie sind sehr selten – trotzdem sind wir gesetzlich verpflichtet, Sie auf allgemeine und spezifische Risiken hinzuweisen.

Häufige Nebenwirkungen

- Schwellung/ eingeschränkte Bewegung des betäubten Bereichs

Gelegentliche Nebenwirkungen

- Bluterguss mit Schwellung
- Schmerzen bzw. Missempfindung bei der Nervberührung und/ oder an der Einstichstelle

Sehr seltene Nebenwirkungen

- Entzündung der Einstichstelle
- Vorübergehende oder andauernde Schädigung von Nerven (Taubheit von Unterlippe und/ oder Zunge und/ oder Gaumen)
- Herz-Kreislaufstörungen
- Allergische Reaktionen auf verwendete Wirkstoffe
- Kanülenbruch

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass bei mir – meinem Kind – eine Lokal-Anästhesie durchgeführt wird, nachdem ich im Rahmen der zahnärztlichen Aufklärungspflicht über mögliche Komplikationen und Risiken sowie nachteilige Folgen eingehend aufgeklärt worden bin.

Weitergehende Fragen meinerseits – bestehen nicht mehr/ wurden hinreichend beantwortet.

Ich wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr sowie zum Bedienen von Maschinen nach Lokal-Anästhesie beeinträchtigt sein kann. Dies gilt insbesondere im Zusammenwirken mit Medikamenten (z. B. Schmerzmittel) und Alkohol.

Datum

Unterschrift