

| | | |
|--------------------------------|--------------------|--------------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | Geburtsdatum |
| Kassennummer | Versichertennummer | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Anamnesebogen



**Dr. med. dent. C.J. Hayim
MSc**

Rüttenscheider Str. 194 - 196
45131 Essen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein, da dieser Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben kann. Das Praxisteam bittet Sie deshalb, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten ggf. zu ergänzen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam

Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen?

| | | |
|------------------------|--|---|
| Herz- Kreislauf | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> Rythmusstörungen <input type="checkbox"/> Angina Pectoris <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzmuskelentzündung | <input type="checkbox"/> Herzklappenentzündung <input type="checkbox"/> künstliche Herzklappe <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <hr/> |
| Gefäße | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Thrombose <hr/> |
| Atemwege/ Lunge | <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Lungenentzündung <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> Schnarchen Sie? <input type="checkbox"/> Schlafapnoe |
| Leber | <input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> Fettleber | <input type="checkbox"/> Hepatitis <hr/> |
| Nieren | <input type="checkbox"/> Nierenentzündung <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> Dialysepflichtigkeit <hr/> |
| Blut | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> häufiges Nasenbluten <input type="checkbox"/> Neigung zu blauen Flecken | <input type="checkbox"/> Nachblutung nach Operationen <hr/> |
| Stoffwechsel | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Typ I <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Typ II | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion <input type="checkbox"/> Kropf |
| Skelettsystem | <input type="checkbox"/> Gelenkerkrankungen <input type="checkbox"/> Rücken-/ Bandscheibenbeschwerden <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Muskelschwäche <input type="checkbox"/> Fibromyalgie <hr/> |
| Immunschwäche | <input type="checkbox"/> Einnahme von Cortison <input type="checkbox"/> Zustand nach Transplantation | <input type="checkbox"/> HIV <hr/> |

Bitte wenden !

| | | |
|---|---|--|
| Augen | <input type="checkbox"/> grüner Star <input type="checkbox"/> grauer Star <input type="checkbox"/> Einschränkung der Sehkraft | <input type="checkbox"/> Augeninnenüberdruck _____ |
| Nerven/ Gemüt | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle/ Epilepsie <input type="checkbox"/> Lähmungen <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Angstzustände _____ |
| Allergie | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> Pflaster <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Medikamente _____ <input type="checkbox"/> Überempfindlichkeiten gegen _____ |
| Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja Welche Woche? _____ |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja Wieviele Zigaretten pro Tag? _____ |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja Welche? _____ _____ |
| Mein Hausarzt ist: | Name, Anschrift _____ | _____ _____ |

Ich versichere, dass ich alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationstand gemacht habe.

Datum

Unterschrift Patient/-in (gesetzlicher Vertreter)

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der Ausschaltung der lokalen Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Sie ermöglicht in der Regel eine schmerzfreie Durchführung aller notwendigen Behandlungen. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren der Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar. Ferner kann es zu folgenden Komplikationen kommen. Hämatome (Bluterguss) durch Verletzung kleiner Blutgefäße, Nervenschädigung in Form von Irritationen, vorübergehender bzw dauerhafter Gefühlsstörungen, v.a. im Unterkiefer (Zunge und Weichteile) sind möglich. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht innerhalb von 12 Stunden abgeklungen sein, informieren Sie bitte ihren Zahnarzt.

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.

- Die Aufklärung habe ich verstanden und
- wünsche immer eine örtliche Betäubung bei der Behandlung.
- möchte nie eine örtliche Betäubung.
- möchte dies immer individuell entscheiden.

Datum

Unterschrift Patient/-in (gesetzlicher Vertreter)