



ANAMNESEBOGEN

LIEBE PATIENTIN,
LIEBER PATIENT,

DIESER FRAGEBOGEN DIENT UNSERER GRUNDINFORMATION ÜBER SIE, IHREN GESUNDHEITZUSTAND UND IHRE KRANKHEITSVORGESCHICHTE.

DIESE AUSKÜNFTE SOLLEN UNS UND IHNEN IM VORHINEIN MÖGLICHE RISIKEN UND KOMPLIKATIONEN BEI DER ZAHNÄRZTLICHEN BEHANDLUNG INS BEWUSSTSEIN RUFEN UND UNS DIE MÖGLICHKEIT GEBEN, ENTSPRECHENDE VORKEHRUNGEN ZU TREFFEN.

WIR BITTEN SIE DAHER, DEN NACHFOLGENDEN ANAMNESEBOGEN SORGFÄLTIG ZU LESEN UND NACH BESTEM WISSEN UND GEWISSEN AUSZUFÜLLEN.

SELBSTVERSTÄNDLICH WERDEN ALLE INFORMATIONEN, DIE WIR VON IHNEN ERHALTEN, STRENG VERTRAULICH BEHANDELT UND UNTERLIEGEN DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPLICHT.

SOLLTEN SICH IM LAUFE DER ZEIT, IN DER SIE IN UNSERER PRAXIS BETREUT WERDEN, ÄNDERUNGEN AN DEN GEMACHTEN ANGABEN ERGEBEN, BITTEN WIR SIE UNS DIESE UMGEHEND MITZUTEILEN.

ZU IHRER PERSON

NAME

VORNAME

GEBURTSDATUM

STRASSE

PLZ

WOHNORT

TELEFON

MOBIL

EMAIL

KRANKENKASSE / VERSICHERUNG

WER IST IHR HAUSARZT?

NAME

PLZ / ORT

TELEFON

FALLS SIE ÜBER EIN FAMILIENMITGLIED VERSICHERT SIND:

NAME

VORNAME

GEBURTSDATUM

ZU IHRER GESUNDHEIT:

	JA	NEIN	
HABEN SIE ALLERGIEN? WENN JA, WELCHE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
HABEN SIE HERZERKRANKUNGEN? Z.B. HERZINFARKT, ANGINA PECTORIS, HERZSCHRITTMACHER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
HABEN SIE KREISLAUF-/GEFÄSSERKRANKUNGEN? Z.B. HOHER/NIEDRIGER BLUTDRUCK, THROMBOSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
HABEN SIE ATEMWEGSERKRANKUNGEN? Z.B. ASTHMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
HABEN SIE STOFFWECHSELERKRANKUNGEN? Z.B. DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
HABEN SIE NIERENERKRANKUNGEN? Z.B. STEINE, ENTZÜNDUNGEN, DIALYSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
HABEN SIE LEBERERKRANKUNGEN? Z.B. LEBERVERHÄRTUNG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
HABEN SIE SCHILDDRÜSENERKRANKUNGEN? Z.B. KROPP, ÜBER-/UNTERFUNKTION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
HABEN SIE MAGEN-/DARM-ERKRANKUNGEN? Z.B. REFLUX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
HABEN SIE NERVENLEIDEN? Z.B. LÄHMUNGEN, EPILEPSIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
HABEN SIE GEMÜTSEKRANKUNGEN? Z.B. DEPRESSIONEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
HABEN SIE MUSKELERKRANKUNGEN? Z.B. MUSKELSCHWÄCHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
HABEN SIE BINDEGEWEBSEKRANKUNGEN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
HABEN SIE INFEKTIONSKRANKHEITEN? Z.B. HEPATITIS, HIV, MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
HABEN/HATTEN SIE OSTEOPOROSE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
HABEN/HATTEN SIE TUMORE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
HABEN SIE ANDERE ERKRANKUNGEN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

	JA	NEIN	
NEHMEN SIE BLUTVERDÜNNENDE MEDIKAMENTE? Z.B. MARCUMAR, ASS, PLAVIX, XARELTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
NEHMEN SIE BISPHOSPHONATE? Z.B. ZOMETA, FOSAMAX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
NEHMEN SIE BLUTDRUCKSENKENDE MEDIKAMENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
NEHMEN SIE WEITERE MEDIKAMENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
EXISTIEREN ANDERE ERKRANKUNGEN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
RAUCHEN SIE? WENN JA, WIEVIEL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
FÜR UNSERE PATIENTINNEN: SIND SIE SCHWANGER?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
HABEN SIE EINE PFLEGESTUFE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

FÜR UNSEREN BESTMÖGLICHEN SERVICE:

MÖCHTEN SIE AN IHRE VORSORGE- UND PROPHYLAXETERMINE ERINNERT WERDEN?
DIES ERFOLGT ENTWEDER ÜBER WHATSAPP, TELEFON ODER EMAIL.

JA NEIN

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- ICH BIN BESTANDSPATIENT.
- ICH KOMME AUF EMPFEHLUNG VON
- ÜBER SOZIALE MEDIEN (INSTAGRAM, FACEBOOK)
- ÜBER DIE ONLINE-SUCHE (GOOGLE, JAMEDA, ETC.)
- SONSTIGES

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT*

*ICH GEBE MIT MEINER UNTERSCHRIFT DAS EINVERSTÄNDNIS, DASS HERR MARCEL WESTERICH ALS RECHTSNACHFOLGER VON HERRN WOLFGANG SCHMALZ AUF MEINE PATIENTENDATEN (SO FERN VORHANDEN) ZUGREIFEN DARF.

LEITUNGSANÄSTHESIE IM UNTERKIEFER

BEI ZAHNRATH LEGEN WIR BESONDEREN WERT DARAUF, DASS SIE MÖGLICHSST SCHMERZFREI BEHANDELT WERDEN. DA ABER JEDE MEDIZINISCHE BEHANDLUNG GEWISSE RISIKEN BIRGT, SIND WIR GESETZLICH DAZU VERPFLICHTET, SIE ÜBER EBEN DIESE AUFZUKLÄREN.

WAS IST EINE LEITUNGSANÄSTHESIE?

BEI DER LEITUNGSANÄSTHESIE WIRD EIN BETÄUBUNGSMITTEL DIREKT IN DIE UNMITTELBARE NÄHE DER EINTRITTSSTELLE DES UNTERKIEFERNERVS (N. ALVEOLARIS INFERIOR) IN DEN KIEFER INJIZIERT. HIERDURCH WERDEN NICHT NUR DIE ZUGEHÖRIGEN ZÄHNE BETÄUBT, SONDERN AUCH DAS GESAMTE NACHFOLGENDE VERSORGUNGSGBIET DES NERVS ENTLANG SEINES VERLAUFS.

DURCH DAS BETÄUBUNGSMITTEL WERDEN DIE NERVENFASERN VORÜBERGEHEND GEHEMT, SODASS EMPFINDUNGEN WIE SCHMERZ ODER BERÜHRUNG „AUSGESCHALTET“ WERDEN. EIN DRUCKEMPFINDEN IST ABER NACH WIE VOR VORHANDEN. NACH EINIGER ZEIT BAUT DER KÖRPER DAS LOKALANÄSTHETIKUM AB UND DER NERV REAGIERT WIEDER NORMAL AUF REIZE.

PATIENTENEINWILLIGUNG

MIT IHRER UNTERSCHRIFT BESTÄTIGEN SIE, DASS SIE DIE INFORMATIONEN ZUR LEITUNGSANÄSTHESIE GELESEN UND VERSTANDEN HABEN. SIE STIMMEN HIERMIT EBENFALLS DER VERABREICHUNG VON LOKALANÄSTHETIKA IM RAHMEN ZAHNÄRZTLICHER BEHANDLUNGEN IN UNSERER ZAHNARZTPRAXIS ZU, SOFERN HIERZU EINE NOTWENDIGKEIT BESTEHEN SOLLTE.

SELBSTVERSTÄNDLICH KÖNNEN SIE DIESE EINWILLIGUNG ZU BEGINN DER BEHANDLUNG JEDERZEIT WIDERRUFEN.

MÖGLICHE NEBENWIRKUNGEN

HÄUFIG

- UNVOLLSTÄNDIGE WIRKUNG
> ERGÄNZUNG/WIEDERHOLUNG ERFORDERLICH
- FREMDGEFÜHL/SCHWELLUNG DES BETÄUBTEN BEREICHES
- EINGESCHRÄNKTE BEWEGLICHKEIT BETÄUBTER BEREICHE
- SPÜRBARES UND/ODER SICHTBARES HÄNGEN VON LIPPE, WANGE ETC.

MANCHMAL

- BLITZARTIGER SCHMERZ ODER MISSEMPFINDUNGEN
- SCHMERZEN AN DER EINSTICHSTELLE IN DEN FOLGENDEN TAGEN
- BLUTERGUSS MIT SCHWELLUNG
> GGF. BEWEGUNGSEINSCHRÄNKUNGEN
- VORÜBERGEHENDES ATEMNOTGEFÜHL DURCH BETÄUBUNG KLEINER SCHLEIMHAUTBEREICHE DER SPEISERÖHRE
- MITBETÄUBUNG BENACHBARTER ODER ETWAS ENTFERNTER BEREICHE (Z. B. NASE, AUGE, OHR)

- VERBLASSEN/WEISSE FLECKEN UND/ODER RÖTUNG VON HAUTBEREICHEN ÜBER DEN BETÄUBTEN BEREICHEN
- UNABSICHTLICHE SELBSTVERLETZUNG (Z. B. DURCH WANGENBEISSEN) WÄHREND DIE BETÄUBUNG NOCH ANHÄLT

SELTEN

- ENTZÜNDUNG DER EINSTICHSTELLE
- KREISLAUFKOLLAPS, BEWUSSTLOSIGKEIT
- LEICHTE BIS HEFTIGE ALLERGISCHE REAKTION AUF VERWENDETE MATERIALIEN/WIRKSTOFFE
- ERST NACH TAGEN/WOCHEN/MONATEN ABKLINGENDE GEFÜHLLOSIGKEIT IM VERLAUFSGBIET EINES BETÄUBTEN NERVS

SEHR SELTEN

- DAUERHAFTES GEFÜHLLOSIGKEIT IM VERLAUFSGBIET EINES BETÄUBTEN NERVS (UNTER 1%)
- ALLERGISCHE REAKTION AUF VERWENDETE MATERIALIEN/WIRKSTOFFE

ICH HABE DIE INFORMATIONEN ZUR ZAHNÄRZTLICHEN LEITUNGSANÄSTHESIE ZUR KENNTNIS GENOMMEN.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT