

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Patienten,

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen. Wir möchten Sie daher bitten, diesen Gesundheitsfragebogen (allgemeine Anamnese) sorgfältig zu lesen und auszufüllen. Um Komplikationen im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung möglichst gut vorzubeugen, ist es wichtig, dass Sie uns vorab bestmöglich über Ihren Gesundheitszustand informieren. Alle Angaben unterliegen dabei der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Unklarheiten bei der Beantwortung der Fragen bestehen, helfen wir Ihnen gerne weiter. Vielen Dank.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_  
 Telefon (privat): \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_

Möchten Sie an unserem Recall (halbjährliche Terminerinnerung) teilnehmen?

Ja, per  Telefon  E-Mail  Post

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?  Ja  Nein

Führen Sie ein Bonusheft?  Ja, vollständig seit \_\_\_\_ Jahren  Nein

Name und Anschrift Ihres Hausarztes: \_\_\_\_\_

### Bitte kreuzen Sie nachfolgend zutreffendes an:

Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung beeinflussen (z.B. Ass, Marcumar, Xarelto, Plavix)?

Nein  Ja

Haben Sie in den letzten 10 Tagen Medikamente eingenommen, die Acetylsalicylsäure enthalten (z.B. ASS, Aspirin, Thomapyrin, Dolomo)?  Nein  Ja

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente ein, die den Knochenstoffwechsel beeinflussen (Bisphosphonate, Knochenhärter)?  Nein  Ja

Sonstige Medikamente (z.B. Blutdruckmedikamente, Cortison, Schmerzmittel etc.):

Bestehen Allergien/Unverträglichkeiten gegen Medikamente (z.B. Antibiotika, Schmerzmittel, Anästhetikum) oder Latex?  Nein  Ja, gegen: \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  Nein  Ja \_\_\_\_\_ SSW

Trinken Sie täglich Alkohol?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Krampfadern	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
_____ Zigaretten pro Tag		Thrombose	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Herz/Kreislauf:		erhöhte Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Herzfehler/-klappenfehler	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Häufiges Nasenbluten	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Nachbluten nach Operationen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Endokarditis	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Lunge/Atemwege:	
Künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Asthma	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Herzschrillmacher	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Schlafapnoe/Schnarchen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Stoffwechsel:	
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Blut-/Gefäßkrankungen:		Diabetes <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2	
Schlaganfall (wann?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	insulinpflichtig	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja



Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Nierenerkr./Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Dialysepflichtigkeit		Zust. nach Organtransplantation	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> AIDS		
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C		
<input type="checkbox"/> Tuberkulose			

Bestehen andere nicht aufgeführte Erkrankungen oder Beeinträchtigungen? Nein Ja

Datum, Unterschrift

### Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerv) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intragamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nervs (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt auszuschließen.

Ferner kann es zu folgenden Komplikationen kommen:

**Hämatom (Bluterguss):** Durch 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 Schmerzen, in äußerst seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen.

**Nervenschädigung:** Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende und dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem Injektionen im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte, die Unterkiefer- oder die Lippenregion betroffen sein können. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht, die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nach 24 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. Dies ist primär nicht auf ein Medikament, sondern vielmehr auf die subjektive Stressbelastung im Zuge der Behandlung und auf die lokale 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.

In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion!

- Ich habe die Aufklärung verstanden
- Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden
- Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Behandlungen mit Betäubung behandelt werden
- Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden
- Ich möchte dies stets individuell entscheiden

Datum, Unterschrift