

Anamnesebogen

Patient: Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Nur bei Familienversicherung:

Mitglied: Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Anschrift, Straße: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefonnr.: _____

Handynr.: _____

Krankenkasse: _____

Zusatzversicherung ja, welche: _____ nein: 0

freiwillige Angabe Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Im Interesse einer komplikationsfreien Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

	ja	nein		ja	nein
Asthma	0	0	Bluterkrankungen	0	0
Diabetes	0	0	Blutgerinnungsstörung	0	0
Rheuma	0	0	Tumor/Karzinom/Krebs	0	0
Osteoporose	0	0	Leberkrankheiten	0	0
Tuberkulose	0	0	Epilepsie	0	0
HIV-Infektion	0	0	Nierenfunktionsstörungen	0	0
Hepatitis A/B/C	0	0	Schilddrüsen überfunktion	0	0
↑ nicht zutreffendes bitte streichen			Schilddrüsen unterfunktion	0	0

Bestehen Allergien oder Überempfindlichkeiten? ja nein
wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergie-Pass? ja nein

Hatten Sie einen Herzinfarkt? ja nein

Nehmen Sie Marcumar oder andere Blutverdünner? ja nein
wenn ja, welche? _____

Schlaganfall ja nein

Lähmungen ja nein

Blutdruck niedrig

normal

hoch

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja nein

Wenn ja, welche _____

oder legen Sie uns einen Medikamentenplan vor

Rauchen Sie? ja nein

Bestehen Suchtkrankheiten? ja nein ggf. welche _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss

ggf. wievielte Woche _____ / vorauss. Entb. Termin: _____

Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? ja nein

Unfalldatum _____ Art.d.Verletzung _____

Sonstige Angaben/andere Krankheiten: _____

Möchten Sie von uns per Brief an Ihre
halbjährliche Vorsorge erinnert werden?

ja nein

Besitzen Sie ein Bonusheft?
(Eintragungen der letzten 5 Jahre)

ja nein

Einverständniserklärung Lokalanästhesie

*Dieser Aufklärungsbogen dient der Information unserer Patienten.
Bitte lesen Sie alle Angaben sorgfältig durch.*

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung)

Zur Behandlung von Erkrankungen im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich ist die **lokale Ausschaltung der Schmerzempfindung** mittels Lokalanästhesie (örtlicher Betäubung) häufig angezeigt. Notwendige Maßnahmen wie z. B. das Legen von Füllungen, die Präparation von Kronen, die Parodontaltherapie, Wurzelkanalbehandlungen, Extraktionen und andere chirurgische Eingriffe **können damit in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden.**

Die Betäubung des Nervs kann in Abhängigkeit seines anatomischen Verlaufs an unterschiedlichen Stellen erfolgen. Überwiegend wird der Gesichtsbereich 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 einen der drei Hauptäste des Nervs (**Leitungsanästhesie**) platziert.

Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und/oder Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt auszuschließen.

Ferner kann es zu folgenden Komplikationen kommen:

Allgemeine Reaktionen

Herz-Kreislaufsystem:

Durch die Anästhesie kann es unter Umständen zu einem Blutdruckabfall oder -anstieg kommen. Weiterhin können Nebenwirkungen wie Herzrasen, Herzrhythmusstörungen oder eine erniedrigte Herzschlagfolge auftreten. Außerdem sind nach der Betäubung Unruhe, Schwindel, Nervosität oder Benommenheit möglich.

Allergie:

Eine Unverträglichkeit der verwendeten Substanzen ist immer möglich und leider nicht vorhersehbar. Falls Sie schon einmal entsprechende Probleme bei der Lokalanästhesie hatten, informieren Sie bitte Ihren Behandler, damit evtl. auf ein alternatives Präparat ausgewichen werden kann. Legen Sie ggf. bitte auch Ihren Allergiepass vor.

Bluterguss (Hämatom):

Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einem der Kaumuskel infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in äußerst seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen.

Lokale Reaktionen

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, melden Sie sich bitte nochmal bei uns.

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.

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

- Ich habe die Aufklärung verstanden. Ich möchte IMMER mit örtlicher Betäubung.
 Ich möchte NIE mit örtlicher Betäubung behandelt werden. Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

Ich habe keine weiteren Fragen.

Name: _____

Kempton, _____

Unterschrift Patient: _____

Aufklärung bei Anästhesie:

Es besteht für Sie die Möglichkeit der zahnärztlichen **Lokalanästhesie** (örtliche Betäubung). Sie dient der Ausschaltung des Schmerzempfindens im Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Durch die örtliche Betäubung können zahnärztliche Behandlungen in aller Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Über die Risiken werden Sie separat aufgeklärt und können individuell entscheiden.

Zu Ihrer INFORMATION:

Viele Leistungen sind durch die Krankenkassen unterhonoriert und da wir natürlich nur das Beste für Sie möchten, sind einige zusätzliche Leistungen oder hochwertige Materialien mit Zuzahlungen verbunden. Darüber werden Sie individuell im Behandlungszimmer aufgeklärt. Rechnungen erhalten Sie nicht direkt von der Praxis, sondern von der ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH.

Bei Nicht Einhaltung oder nicht rechtzeitigem Absagen (24 Stunden vorher) des Termins, behalten wir uns vor, das Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

Durch neue Bestimmungen bei der Schweigepflicht, dürfen wir uns nicht mehr mit unseren Zahntechnikern, Kieferchirurgen oder Physiotherapeuten austauschen oder korrespondieren. Um Ihnen die bestmögliche Behandlung und Zahnersatz bieten zu können (z. B. Farbnahme / Einproben o.ä. durch Zahntechniker), kann dies aber in individuellen Fällen notwendig sein.

Mit diesem Anamnesebogen erklären Sie sich einverstanden, dass wir uns in Ausnahmefällen weiter mit unseren Kollegen austauschen dürfen (Schweigepflichtentbindung).

Aufgrund der aktuellen Corona Situation und Verunsicherung informieren wir darüber, dass unsere Praxis weiterhin geöffnet ist und alle geplanten Termine stattfinden.

Selbstverständlich halten wir unsere üblichen Standard-Hygiene Maßnahmen konsequent ein (Mundschutz, Handschuhe, Schutzbrille, usw.).

- Wir verzichten auf Händeschütteln und schenken Ihnen stattdessen ein Lächeln.
- Wir stellen zusätzlich Desinfektionsmittel für unsere Patienten bereit.

Zum Schutz unseres Praxispersonals und unserer Patienten bitten wir Sie:

- verschieben Sie Ihren Termin und kommen Sie nicht in die Praxis, wenn Sie in den letzten 14 Tagen in einem Corona-Risikogebiet waren.
- sollten Sie akute Corona-Symptome aufweisen (Atemnot, Husten, Fieber, Halsschmerzen) verschieben Sie bitte Ihren Termin telefonisch, bis nach der Erkrankung.
- bitte betreten Sie die Praxis nicht, wenn Sie Kontakt zu einem bestätigten Corona-Patienten hatten

Vielen Dank für Ihr Vertrauen und Mithilfe.

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich wurde darauf hingewiesen, dass diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis, widerrufen werden kann (Art.7 Abs. 3 DSGVO).

Datum

Unterschrift