

**Zahnarztpraxis
Dr. Kurt Fleck
Dr. S.H. Höhn-Fleck
Wilhelm-Leuschner-Str.16
64347 Griesheim
06155-5716
praxis@griesheim-zahnarzt.de**

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Damit die Behandlung nach Ihren Wünschen und auf Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, benötigen wir die Beantwortung nachfolgender Fragen. **Bitte füllen Sie deshalb alle 5 Seiten dieses Anamnesebogens sorgfältig aus.** Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht StGB § 203 und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Ihr Praxisteam

Bitte ausfüllen und zutreffendes ankreuzen!

Name des Patienten	Vorname	Geboren am	Geburtsort
--------------------	---------	------------	------------

Name des Versicherten	Vorname	Geboren am
-----------------------	---------	------------

Straße/Hausnummer	Postleitzahl/Ort
-------------------	------------------

Telefonnummer privat	Handynummer
----------------------	-------------

Emailadresse

Beruf	Telefonnummer Geschäftlich
-------	----------------------------

Sind Sie gesetzlich krankenversichert	Ja	Nein
Wenn Ja, bei welcher Krankenkasse? _____		
Haben Sie eine Zahnzusatz Versicherung	Ja	Nein
Sind sie freiwillig gesetzlich versichert	Ja	Nein

Für gesetzliche versicherte Patienten: Bitte denken Sie daran, dass wir zur Behandlung Ihre Versichertenkarte benötigen. Liegt uns diese auch 14 Tage nach Behandlung noch nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten von uns eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Sind Sie Privat versichert	Ja	Nein
Wenn Ja, bei welcher Krankenkasse? _____		
Sind Sie zum Basistarif versichert	Ja	Nein
Haben Sie eine Faktorbegrenzung	Ja	Nein
Sind Sie Beihilfe versichert	Ja	Nein

Ich nehme zur Kenntnis, daß ich als Privatpatient selbst Vertragspartner der Gemeinschaftspraxis bin, nicht aber meine private Krankenversicherung oder eine Erstattungsstelle. Meine Zahnarztrechnung werde ich nach Erhalt begleichen, unabhängig von einem möglichen Erstattungsanspruch gegenüber einer Krankenversicherung oder Erstattungsstelle.

Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?	Ja	Nein
---	-----------	-------------

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Ja	Nein
Wenn Ja, welche? _____		

Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen?	Ja	Nein
Welche? <input type="radio"/> ASS	<input type="radio"/> Marcumar	
<input type="radio"/> Aspirin	<input type="radio"/> Ticlopidin	
<input type="radio"/> Clopidogrel	<input type="radio"/> Plavix	
<input type="radio"/> andere: _____		

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?	Ja	Nein
Wenn Ja, welche _____		

Besitzen Sie einen Allergiepass?	Ja	Nein
---	-----------	-------------

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?	Ja	Nein
<input type="radio"/> bei bestimmten Materialien _____		
<input type="radio"/> bei bestimmten Arzneimitteln _____		
<input type="radio"/> bei bestimmten Nahrungsmitteln _____		

Haben Sie eine Allergie?	Ja	Nein
<input type="radio"/> Penicillin	<input type="radio"/> Jod	
<input type="radio"/> Latex	<input type="radio"/> andere _____	

Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Ja Nein

Wenn Ja, welche _____

Angeborener oder erworbener Herzfehler?	Ja	Nein
Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese?	Ja	Nein
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?	Ja	Nein
Herzoperationen?	Ja	Nein

Wenn Ja, welche und wann _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher?	Ja	Nein
------------------------------------	----	------

Leiden oder litten Sie an einer der nachfolgenden Krankheiten?

Infektionskrankheiten?	Ja	Nein
O Tuberkulose		O Aids
O Hepatitis Typ _____		O andere _____

Lebererkrankungen?	Ja	Nein
Zu hoher Blutdruck?	Ja	Nein
Zu niedriger Blutdruck?	Ja	Nein
Schlaganfall?	Ja	Nein
Nierenerkrankung?	Ja	Nein
Diabetes?	Ja	Nein
Magen-Darmerkrankung?	Ja	Nein
Schilddrüsenerkrankung?	Ja	Nein
Rheumatismus/ rheumatisches Fieber?	Ja	Nein
Asthma/ Lungenerkrankungen?	Ja	Nein
Blutkrankheiten?	Ja	Nein
Nervenerkrankungen?	Ja	Nein
Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?	Ja	Nein

Sonstige Erkrankungen? _____

Name und Anschrift des Hausarztes _____

Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? Ja Nein

Wenn Ja, in welchem Bereich _____

Andere Erkrankungen oder Behinderungen? Ja Nein

Wenn Ja, welche _____

Sind Sie Schwanger? Ja Nein

Wenn Ja, welche Schwangerschaftswoche _____

Rauchen Sie? Ja Nein - wenn Ja, wieviel? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein - wenn Ja, wieviel? _____

Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? Ja Nein

Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? Ja Nein

Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? Ja Nein

Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden? Ja Nein

Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden? _____
In welchem Körperbereich? _____

Möchten Sie regelmäßig an Ihren Zahnarzttermin erinnert werden (Recall)? Ja Nein

Möchten Sie über unser umfangreiches Leistungsangebot informiert werden? Ja Nein

Sind Sie an unserer professionellen Zahnreinigung interessiert? Ja Nein

Wann war Ihre letzte Zahnreinigung? _____

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja Nein

Leiden Sie unter empfindlichen Zähnen? Ja Nein

Knirschen oder Pressen Sie? Ja Nein

Haben Sie Nacken/ Rückenbeschwerden? Ja Nein

Leiden Sie unter Mundgeruch? Ja Nein

Hinweis:

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitten wir Sie recht herzlich, Ihren Termin pünktlich einzuhalten oder 24 Stunden vorher abzusagen. Ansonsten müssen wir Ihnen eine Ausfallzeit von 50,- Euro berechnen.

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Mund-, Zahn-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch Sie können die notwendigen Behandlungen (wie z.B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesie-Lösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intragligamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste der Nerven (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar.

Ferner kann es unter anderem 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 ganz seltenen Fällen auch Infektion kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt darüber informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung.

Nervschädigung: Bei einer Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte oder Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach maximal 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, so informieren Sie Ihren Zahnarzt.

Verkehrstüchtigkeit: Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist nicht primär auf das Medikament, sondern vielmehr auf den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung zurückzuführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Selbstverletzung: Sollten außer dem behandeltem Zahn auch die umgebenden Weichteile (z.B. Zunge, Wangen, Lippen) betäubt sein, so verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

Einverständnis zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

Gibt es noch etwas was Sie uns mitteilen möchten? _____

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

Griesheim, den _____

Unterschrift Patient / Sorgerechtsberechtigter

Vom Zahnarzt/der Zahnärztin auszufüllen:

Insbesondere wurden folgende Punkte besprochen:

Griesheim, den _____

Unterschrift Zahnarzt/Zahnärztin