



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, dass Sie sich für eine Behandlung in der Zahnarztpraxis MundWerk entschieden haben. Wir bemühen uns, Wartezeiten so kurz wie möglich zu halten. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, diesen möglichst 24 Stunden vorher abzusagen.

Als gesetzlich krankenversicherter Patient legen Sie uns bitte Ihre Krankenversicherungskarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vor, da wir Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung stellen müssen.

Herr Frau

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	
Telefon	Telefon (mobil)	
_____	_____	_____
Straße/Hausnr.	PLZ/Ort	E-Mail

bei Kindern: Erziehungsberechtigter/Zahlungspflichtiger:

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße/Hausnr.	PLZ/Ort	Telefon

Ich bin

- gesetzlich versichert privat versichert nicht versichert
- privat zusatzversichert
(Zahn-Zusatzversicherung) beihilfeberechtigt zuschussberechtigt
(Sozialamt, Versorgungsamt)
- privat versichert **Basistarif**

(Krankenkasse)

Beruf

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert? Ja Nein weiss nicht

Haben Sie Angst vor der Behandlung? Ja Nein

Haben Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Wann wurden Sie zuletzt im Kieferbereich geröntgt? _____

Wann waren Sie das letzte Mal bei der Vorsorgeuntersuchung? _____

Wie schätzen Sie Ihren Zahnzustand ein (sehr gut 1-6 sehr schlecht)? _____

↳ bitte wenden

Wir bitten um folgende Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns streng vertraulich behandelt. Bitte teilen Sie Ihrem behandelnden Zahnarzt jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes oder Medikamenteneinnahme mit!

1. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------|
| Asthma (schwere Atemnot) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | |
| Diabetes mellitus | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | wenn ja, welche? _____ |
| Schilddrüsenfehlfunktion | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | wenn ja, welche? _____ |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | |
| Leberkrankheiten | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | wenn ja, welche? _____ |
| Epilepsie | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | |
| Osteoporose | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | |
| Hepatitis A / B / C | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | nähere Angaben _____ |
| HIV-Infektion | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | |

2. Nehmen Sie Medikamente? Ja Nein wenn ja, welche? _____
-

3. Haben Sie Allergien? Ja Nein wenn ja, welche? _____
(z.B. Medikamente/Latex/Metalle etc..) bitte ggf. Allergiepass vorlegen!

- Traten bei Ihnen jemals Komplikationen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Ja Nein

4. Wie ist Ihr Blutdruck? zu hoch normal zu niedrig
 Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein
 Besteht ein Endokarditis-Risiko? Ja Nein
 (Herzinnenhaut-Entzündung)

5. Rauchen Sie? Ja Nein falls ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

6. Sind Sie schwanger? Ja Nein

7. Hatten Sie jemals eine Operation? Ja Nein wenn ja, welche? _____

8. Sonstige Erkrankungen: _____

9. Weshalb suchen Sie den Zahnarzt auf? _____
 Haben/Hatten Sie Zahnfleischbluten? Ja Nein
 Bemerkten Sie Mundgeruch? Ja Nein

10. Hinweise zur Behandlung:

Trotz größter Sorgfalt kann es in Einzelfällen während oder nach dem Eingriff zu Komplikationen kommen, die u.U. auch eine sofortige Behandlung erfordern und in der Folge auch lebensbedrohlich sein könnten. Zu nennen sind:

- meist harmlose Verletzungen an Schleimhaut, Zunge, seltener Knochengewebe, die meist von selbst abheilen
- selten leichte Unverträglichkeitsreaktionen auf das Betäubungsmittel oder andere Medikamente
- äußerst selten sind stärkere allergische Reaktionen, die sich im ungünstigsten Fall als Kreislaufkollaps äußern und eine intensivmedizinische Behandlung erfordern
- Blutungen oder Nachblutungen bedürfen meist keiner Nachbehandlungen - Schwierigkeiten können bei Blutgerinnungsstörungen auftreten oder wenn blutgerinnungshemmende Medikamente eingenommen werden.
- bei Verschlucken von Fremdkörpern (z.B. gezogener Zahn, Füllung, Instrument) ist meist eine Überwachung ausreichend. Wurde jedoch ein Fremdkörper eingeatmet, muss er durch einen Facharzt, meist mit Hilfe einer Bronchoskopie entfernt werden.
- selten sind Infektionen bei Maßnahmen, die eine Verletzung an Schleimhaut und Knochen zur Folge haben (z.B. Zahntfernung). Dadurch kann es zu Schmerzen kommen und die Einnahme eines Antibiotikums erforderlich werden.
- äußerst selten sind Schädigungen von Nerven durch die Einspritzung von Betäubungsmitteln. Es kann dann zu länger andauernden Gefühlosigkeit von Zunge und Lippen, die in der Regel von selbst abklingt. In sehr seltenen Fällen kann dieses Taubheitsgefühl auch dauerhaft sein. Nach örtlicher Betäubung können beim Kauen Verletzungen im Mund entstehen. Die Reaktionsfähigkeit und damit die Straßenverkehrstauglichkeit kann eingeschränkt sein.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden in das Recallsystem aufgenommen zu werden und Terminerinnerungen per SMS / Post zu erhalten.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und habe die Hinweise zur Behandlung gelesen und verstanden:

 (Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten)