



Patientenbefragung - Anamnesebogen

<u>Name</u>	<u>Name des Hausarztes</u>
<u>Geburtsdatum</u>	Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<u>Ihre Anschrift</u>	Besteht ein Pflegegrad? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Pflegegrad: _____
<u>Ihre Telefonnummer</u>	_____
<u>Geburtsname</u>	
<u>Geburtsort</u>	

Benachrichtigung im Notfall : _____

Sehr geehrte*r Patient*in,

um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen zu Ihrer allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese).

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wenn Unklarheiten bei der Beantwortung einzelner Fragen bestehen, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Überprüft am _____ Unterschrift Zahnarzt _____

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Falls Sie mit ja antworten; bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen
1 Allergie, auch gegen Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2 Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3 Atemwegserkrankungen, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	●
3.1 Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	●
4 Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	○
4.1 Welche blutgerinnungshemmenden Medikamente nehmen Sie ein und aus welchem Grund?			
5 Diabetes (welcher Typ) , HbA1C- Wert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	● ○
6 Glaukom (erhöhter Augendruck, grüner Star)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	●
7 Hämatologische Erkrankungen (Erkrankungen blutbildender Organe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8.1 Herzinsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	●
8.2 Koronare Herzkrankheit /Angina pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	●
8.3 Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	●
8.4 Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	●
8.5 Herzschrittmacher / Defibrillator	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8.6 Herzklappenfehler / -ersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	○
8.7 Hypertonie (erhöhter Blutdruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	●
8.8 Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8.9 Mangeldurchblutung des zentr. Nervensystems / Schlaganfall (Apoplex)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	●
8.10 Gestörtes Reizbildungs- und Reizleitungssystem des Herzens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8.11 Arteriosklerose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Bitte Umblättern und Rückseite ausfüllen und unterschreiben →



Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?		ja	nein	Falls Sie mit ja antworten; bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen
9	Muskelschwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10	Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10.1	Hepatitis (Gelbsucht), welcher Typ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10.2	Immunmangelsyndrom (AIDS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.3	MRSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10.4	Tuberkulose (Tbc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10.5	Coronavirus-Erkrankung, COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11	Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
12	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
13	Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
13.1	Chronische Niereninsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
13.2	Dialyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
15	Rheumatoide Arthritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
17	Tumorerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Operationen in den letzten 5 Jahren. Welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
18.1	Haben Sie künstliche Gelenke? Seit wann?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.2	Haben Sie andere Endoprothesen, z.B. Stents? ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
20	Haben Sie bisherige lokale Betäubungsspritzen bei Ihrem Zahnarzt gut vertragen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
21	Besteht eine Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
22	Nehmen Sie Medikamente? Welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
23	Werden oder wurden Sie mit Bisphosphonaten oder anderen knochenstabilisierenden Medikamenten behandelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
24	Erhalten oder erhielten Sie eine Bestrahlungstherapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
25	Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
26	Suchterkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
27	Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
28	Leiden Sie unter:	<input type="radio"/> Zahnfleischproblemen <input type="radio"/> Parodontitis <input type="radio"/> Überempfindlichen Zähnen <input type="radio"/> Kiefergelenksproblemen <input type="radio"/> Mundgeruch		

Aufklärung über die Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie, auch örtliche Betäubung genannt, dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind sehr selten mögliche Komplikationen nicht ausgeschlossen, wie z.B. ein kleines Hämatom oder eine, in der Regel vorübergehende Nervbeeinträchtigung.

Bitte beachten Sie, dass Termine, welche nicht von Ihnen eingehalten werden können, spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Die sonst entstandenen Kosten können Ihnen aufgrund des Honorarausfalls in Rechnung gestellt werden. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten (bei Minderjährigen eines Erziehungsberechtigten)