

# Anamnesebogen

Herzlich willkommen bei ALBDENTAL,  
für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist bewusst, dass ich mit meiner Unterschrift folgendes zur Kenntnis genommen und anerkannt habe: Termine, die nicht eingehalten werden können, müssen mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Bei nicht entsprechend abgesagten Terminen berechnen wir einen Stundensatz von 300 Euro § 615, 611 BGB, die wir Ihnen in Rechnung stellen. Für einen nicht rechtzeitig abgesagten Termin der Professionellen Zahnreinigung stellen wir 50 Euro in Rechnung. Ich habe die in den Praxisräumen ausgehängten Allgemeinen Geschäftsbedingungen zur Kenntnis genommen und bin mit deren Einbeziehung in den Behandlungsvertrag einverstanden. Das Merkblatt "Unsere Allgemeine Geschäftsbedingungen" liegt am Empfang zur Ansicht aus.

## PATIENT:

|               |            |
|---------------|------------|
| Name:         | Vorname:   |
| Str./Nr.:     | Geb.Datum: |
| PLZ/Ort:      | E-Mail:    |
| Krankenkasse: |            |
| Tel. Nr.:     | Beruf:     |

## VERSICHERT ÜBER:

|           |            |
|-----------|------------|
| Name:     | Vorname:   |
| Str./Nr.: | Geb.Datum: |
| PLZ/Ort:  | E-Mail:    |
| Tel.Nr.:  |            |

## LEIDEN ODER LITTEN SIE AN ERKRANKUNGEN FOLGENDER ORGANE?

### Kreislauf

|    |      |                        |
|----|------|------------------------|
| Ja | Nein | niedriger Blutdruck    |
| Ja | Nein | Bluthochdruck          |
| Ja | Nein | Durchblutungsstörungen |
| Ja | Nein | Schlaganfall           |

### Nervensysteme

|    |      |                      |
|----|------|----------------------|
| Ja | Nein | epileptische Anfälle |
| Ja | Nein | Kopfschmerzen        |
| Ja | Nein | Migräne              |
| Ja | Nein | Sonstiges            |

### Herzerkrankungen

|    |      |                               |
|----|------|-------------------------------|
| Ja | Nein | Zustand nach Infarkt          |
| Ja | Nein | Herzinsuffizienz              |
| Ja | Nein | Stents, wann?_____            |
| Ja | Nein | Verengung der Herzkranzgefäße |
| Ja | Nein | Rhythmusstörungen             |
| Ja | Nein | Bypassoperation               |
| Ja | Nein | Herzklappenersatz             |
| Ja | Nein | Angina pectoris               |

### Stoffwechselerkrankungen

|    |      |                     |
|----|------|---------------------|
| Ja | Nein | Diabetes            |
| Ja | Nein | Schilddrüsenüberf.  |
| Ja | Nein | Schilddrüsenunterf. |

### Leber

|    |      |                 |
|----|------|-----------------|
| Ja | Nein | Gelbsucht       |
| Ja | Nein | Hepatitis A B C |

### Erkrankung des blutbildenden Systems

|    |      |           |
|----|------|-----------|
| Ja | Nein | Blutarmut |
| Ja | Nein | Bluter    |
| Ja | Nein | Sonstiges |

### Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

|    |      |                                       |
|----|------|---------------------------------------|
| Ja | Nein | CJK (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)     |
| Ja | Nein | Haut-/ Geschlechtskrankheiten         |
| Ja | Nein | HIV bzw. AIDS, HIV-Test. Ergebnis:___ |
| Ja | Nein | Tuberkulose                           |

### Bestrahlung

|    |      |                        |
|----|------|------------------------|
| Ja | Nein | Tumorerkrankungen      |
| Ja | Nein | Chemo                  |
| Ja | Nein | Bisphosphonat-Therapie |

### Blase/Nieren

|    |      |                  |
|----|------|------------------|
| Ja | Nein | Nierenerkrankung |
| Ja | Nein | Dialyse          |

### Atmungswege/Lunge

|    |      |            |
|----|------|------------|
| Ja | Nein | Asthma     |
| Ja | Nein | Bronchitis |
| Ja | Nein | COPD       |
| Ja | Nein | Sonstiges  |

### Dentale Krankengeschichte

|    |      |                                    |
|----|------|------------------------------------|
| Ja | Nein | Verletzungen/Unfälle im Mund/Zähne |
| Ja | Nein | Kiefergelenksbeschwerden           |
| Ja | Nein | Zähneknirschen / Bruxismus         |

## Sonstige medizinisch wichtige Informationen

- JA NEIN Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?  
JA NEIN Hatten Sie in den letzten 6 Monaten Schmerzen an der Kaumuskulatur und/oder Kiefergelenk  
JA NEIN Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Krankheit?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
JA NEIN Bekommen Sie regelmäßig alle 4 Wochen Infusionen oder leiden Sie an Osteoporose, Brustkrebs, an Plasmozytom oder Prostatakrebs?  
JA NEIN Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche?  
JA NEIN Besteht eine Drogen oder Alkoholabhängigkeit?  
Wenn ja, welche?  
JA NEIN Besitzen Sie einen Allergiepass?  
Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?  
JA NEIN Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?  
JA NEIN Sind Sie z. Zt. schwanger?  
JA NEIN Rauchen Sie? Wie viel ca. pro Tag?  
JA NEIN Wann waren die letzten Röntgenbilder im Kopfbereich/Zähne?

## WEITERE ADMINISTRATIV WICHTIGE INFORMATIONEN:

- JA NEIN Dürfen wir Sie per SMS an Ihre Termine in unserer Praxis erinnern?  
JA NEIN Dürfen wir Ihre Röntgenbilder nach Anforderung digital übermitteln?  
JA NEIN Dürfen wir Ihnen Rechnungen und weitere Unterlagen per Mail zuschicken?

E-Mail: \_\_\_\_\_ Mobilfunknummer: \_\_\_\_\_

- JA NEIN Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Kontrolltermine erinnert werden?

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen:

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi oder eine Begleitperson.

Aufklärung und Einwilligung zur Lokalanästhesie

Um eine schmerzfreie zahnärztliche Behandlung gewährleisten zu können, muss eine örtliche Betäubung (Lokalanästhesie) vorgenommen werden. Dazu wird durch eine Injektion ein Medikament (Lokalanästhetikum) in den Bereich des behandelten Zahnes (Oberkiefer) oder der versorgenden Nerven (Unterkiefer) verabreicht. Das Lokalanästhetikum führt zur vorübergehenden Ausschaltung der Schmerzempfindung. Wie jede ärztliche Behandlung ist auch die Durchführung der Lokalanästhesie mit einigen speziellen Risiken und Nebenwirkungen für den Patienten verbunden. Es können insbesondere folgende Komplikationen auftreten:

Bluterguss, Infektionen, Schwellung, Bewegungseinschränkung der Kaumuskulatur, allergische Reaktionen, Schädigung der Nerven(einschließlich Sensibilitätsstörungen = Kribbeln, Missempfindung, kein Gefühl), Herz-Kreislaufprobleme.

Komplikationen treten insgesamt nur selten und meistens vorübergehend auf. In extrem seltenen Fällen können die durch eine Lokalanästhesie verursachte Komplikation (u.a. Nervenschädigung, Sensibilitätsstörungen) jedoch auch dauerhaft bestehen bleiben.

Wir empfehlen ausdrücklich die Beachtung folgender wichtiger Verhaltensregeln nach einer Lokalanästhesie:

Die Verabreichung eines Lokalanästhetikums kann u. U. zu einer vorübergehenden Einschränkung der Reaktionsfähigkeit führen. Deshalb weisen wir Sie darauf hin, dass nach einer Lokalanästhesie die Straßenverkehrstauglichkeit nicht mehr gewährleistet sein kann. Auch die Arbeit mit gefährlichen Maschinen und die verantwortliche Aufsicht über betreuungsbedürftige Personen (z.B. Kinder) muss dann unterlassen werden.

- Solange die Wirkung der Anästhesie besteht (meist 2-3 Stunden), sollte der Patient nicht essen.

- Durch die Wirkung der Lokalanästhesie können während des Kauens Verletzungen an den Weichteilen der Mundhöhle (z.B. Lippe, Wange) entstehen, ohne dass Sie es bemerken.

Datenschutz:

Der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig. Deshalb haben wir unsere Datenschutzrichtlinien aktualisiert und an die neue EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) angepasst. Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen. Durch die Inhalte der Datenschutzrichtlinie kommen wir hiermit unseren Informationspflichten nach Art. 13 bzw. 14 DSGVO nach. Im Wartezimmer liegt unsere Datenschutzerklärung aus.

Für GKV - Patienten:

Bitte beachten Sie, dass wir für die ordnungsgemäße Dokumentation und Abrechnung der in Anspruch genommenen Leistungen (auch Beratung per E-Mail) im entsprechenden Quartal Ihre Versichertenkarte benötigen. Wir bitten Sie daher höflichst, diese unaufgefordert vorbeizubringen.

Ich versichere, dass ich in der Krankenvorgeschichte alle meine bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_