

Anamnesebogen

Patient Herr / Frau Name _____

Vorname _____ geb. _____

Kontaktdaten Straße / Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Tel.-Nr. _____

Krankenkasse _____ Kostenerstattung Beihilfeberechtigt

Privatkrankenkasse _____ Basistarif Private Zusatzversicherung

Familienmitglied? Name des Mitglieds _____ geb. _____

Abweichende Rechnungsadresse: _____

Hausarzt _____ **Vorbehandler** _____

Beruf/Arbeitgeber _____ Empfohlen durch _____

Allgemeine Situation ja nein ja nein

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Herzinfarkt (ggf. wann) _____

Leiden Sie unter Bluterkrankungen/
Blutgerinnungsstörung?

Nehmen Sie einen Blutverdünner,
Osteoporosehemmer?

Wenn ja, welche? _____

Wundheilungsstörungen?

Haben Sie einen Hirn-/Herzschrittmacher,
künstl. Herzklappe oder Stents?

Asthma

Schilddrüsenerkrankung

Rheuma

Zuckerkrankheit (Diabetes)

Nierenfunktionsstörung

Lungenerkrankung

Epilepsie Schlaganfall Lähmung

Allergien _____

Unverträglichkeiten von Medikamenten

Lokalanästhetika Schmerzmittel

Antibiotika andere: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche? _____

Bestehen zurzeit andere Krankheiten?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine übertragbare Krankheit?

Wenn ja, welche? _____

Tuberkulose (tbc)

HIV Hepatitis A B C

Sind Sie schwanger?

Rauchen Sie?

Wenn ja, ca. wie viele Zigaretten täglich? _____

Waren/Sind Sie in kieferorthopädischer
Behandlung?

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 Hämatom, eine vorübergehende Nervbeeinträchtigung oder eine in Verbindung mit Stress und Angst herabgesetzte Verkehrsbeeinträchtigung. Es können auch kurzzeitige Kreislaufprobleme auftreten.

Lieber Patient, wir sind eine Bestellpraxis. Wenn wir unsere Zeit für Sie reservieren und Sie nicht erscheinen, sind weder der Zahnarzt noch seine Mitarbeiter in dieser Zeit beschäftigt. Daher bitten wir Sie, für den Fall, dass Sie Ihre reservierte Behandlungszeit nicht wahrnehmen können, rechtzeitig (möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Bei unentschuldigtem Fernbleiben werden wir Ihnen ein Ausfallhonorar (100-250€) in Rechnung stellen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben.

Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass sämtliche Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, wenn die Versichertenkarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht wird.

Mein Einverständnis und Kenntnisnahme bestätige ich mit meiner Unterschrift.

DATUM, UNTERSCHRIFT _____