

Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und an Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Patient:

Name Vorname Geburtsdatum

Mitglied:

Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift:

Straße/Nr. PLZ/Ort

Telefon privat _____ Telefon geschäftlich _____

Krankenkasse/Ort: _____ Arbeitgeber: _____

Überweiser/Empfehlung durch _____

Bitte ausfüllen oder ankreuzen:

Ja Nein

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weswegen? _____

Behandelnder Arzt _____ Telefon _____

Besteht, bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Atemwegserkrankungen (Asthma, schwere Atemnot) _____

Allergien (Penicillin, Schmerzmittel) _____

Zuckerkrankheit (Diabetes) _____

Rheumatische Erkrankungen _____

Infektionskrankheiten (Tbc, Aids, Hepatitis u.a.) _____

Herz-, Kreislauferkrankungen (Herzinfarkt, Bluthochdruck) _____

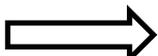
Nierenerkrankungen _____

Sonstige Erkrankungen _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
(Marcumar, ASS, Bisphosphonate) _____

Besteht eine Schwangerschaft? _____ Monat

Wann war die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung? _____

Bitte wenden! 

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, wie z. B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus -einem Hirnnerven- mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (intragamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des 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 u. a. 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 Infektionen kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt darüber informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

Nervschädigung:

Bei der 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 max. 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, 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 primär nicht auf das Medikament, sondern vielmehr auf den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung sowie der lokalen Irritation zurückzuführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Selbstverletzung:

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

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

Die Aufklärung habe ich verstanden und meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Mit meiner Unterschrift bestätige ich das wahrheitsgetreue Ausfüllen und Kenntnisnahme des Fragebogens. Bei Änderungen werde ich meinen Zahnarzt direkt informieren.

Hamburg, den _____
Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen ein Erziehungsberechtigter)