



## Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

das Praxisteam freut sich, Sie in der Praxis Dr. Alexander Fichtner begrüßen zu dürfen. Um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie uns gerne fragen.

Name:	_____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
Vorname:	_____	mitglied sind, wer ist Versicherter?
Geburtsdatum:	_____	Name: _____
Adresse:	_____	Vorname: _____
	_____	Geburtsdatum: _____
Tel. Privat:	_____	
Beruf:	_____	Wer soll die Rechnung erhalten?
Arbeitgeber, Ort:	_____	Name: _____
	_____	Adresse: _____
Tel. Arbeitsplatz:	_____	
Krankenkasse:	_____	Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
pflichtversichert:	ja / nein	Dienstes? ja / nein
Basistarif-versichert	ja / nein	

**Wer hat uns empfohlen?** \_\_\_\_\_

**Sollen wir Sie an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung erinnern?** ja / nein

### Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Falls Sie mit **ja** antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

1. Allergie, Medikamentenunverträglichkeit (Asthma, Heuschnupfen, Penicillin, Allergiepass)	ja / nein	_____
2. Infektionskrankheiten (Hepatitis A, B, C, Tbc, HIV, andere)	ja / nein	_____
3. Anfallsleiden (Epilepsie)	ja / nein	_____
4. Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Unter- oder Überfunktion der Schilddrüse)	ja / nein	_____
5. Herz- und Kreislauferkrankungen (hoher/niedriger Blutdruck, Arrhythmie, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschrittmacher, Herzklappenersatz)	ja / nein	_____
6. Bluterkrankungen (Gerinnungsstörungen, ASS, Marcumar, Xarelto)	ja / nein	_____
7. Gefäßerkrankungen (Thrombose, Durchblutungsstörungen)	ja / nein	_____
8. Hauterkrankungen (Herpes, Psoriasis)	ja / nein	_____
9. Augenerkrankungen (grüner Star; erhöhter Augeninnendruck)	ja / nein	_____
10. Respirationstrakt (Stirnhöhle, Kieferhöhle, Kehlkopf, Bronchien, Lunge)	ja / nein	_____
11. Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Gallenblase)	ja / nein	_____
12. Urogenitaltrakt (Prostatahypertrophie)	ja / nein	_____
13. Tumoranamnese	ja / nein	_____
14. Bisphosphonat-Therapie (Tumor/Osteoporose)	ja / nein	_____
15. Verletzungen oder Operationen im Kopfbereich	ja / nein	_____
16. Medikamente (regelmäßige Einnahme)	ja / nein	_____
17. Schwangerschaft	ja / nein	_____



### Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?	ja / nein	Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?	ja / nein
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja / nein	Röntgenuntersuchung der Zähne	ja / nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	ja / nein	Haben Sie Probleme mit Mundgeruch?	ja / nein
Sind Ihre Zähne gelockert?	ja / nein		

Name Ihres Hausarztes \_\_\_\_\_

**Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert?** ja / nein  
**Haben Sie Interesse am Prophylaxe Programm der Praxis?** ja / nein

**Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.  
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!**

Der Gesetzgeber verpflichtet uns, Ihnen folgendes mitzuteilen:

Die Versicherten sind für Ihre Gesundheit mit verantwortlich. Durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen und durch eine aktive Mitarbeit im Rahmen der Behandlung soll der Versicherte dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Ob die Behandlung zum Erfolg führt, ist auch von der aktiven Mitarbeit des Patienten abhängig. Eine ausreichende Mundhygiene ist notwendig.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Die verstärkte Eigenverantwortung als Versicherter für die eigene Gesundheit habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) 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 Trigemimus (einem Hirnnerv) mit Gefühl versorgt.

Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie) in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (Intraligamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nervs (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar.

### **Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:**

Hämatom (Bluterguss): Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mund-



öffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch zu 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 maximal 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, Wangen, 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. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift