

Dr. Alexander Fichtner
Zahnarzt

Obere Hauptstraße 9 - 85354 Freising
Telefon: 08161 / 77 07

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

Wer hat uns empfohlen? _____

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

E-Mail _____

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 imKopfbereich 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
Blutet Ihr Zahnfleisch? ja / nein im Kiefergelenk? ja / nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja / nein Röntgenuntersuchung der Zähne ja / nein
Sind Ihre Zähne gelockert? ja / nein Haben Sie Probleme mit Mundgeruch? 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 Mundöffnung 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 nie mit örtlicher Betäubung
behandelt werden.

Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung
behandelt werden.

Ich möchte dies jeweils individuell
entscheiden.

Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften
Maßnahmen mit örtlicher Betäubung
behandelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift