



Reinhold Dental Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis! Für den reibungslosen Ablauf Ihrer Behandlung bitten wir Sie den vorliegenden Anamnesebogen gewissenhaft auszufüllen. Vielen Dank!

Ihr Team der Zahnarztpraxis Reinhold Dental

Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum	Geburtsort
Telefon / Mobil	E-Mail	
Straße	PLZ	Ort
Beruf	Arbeitgeber	

Versicherung

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung Beihilfeberechtigt

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Allgemeine Gesundheitssituation

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche:		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche:		
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
HIV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzmedikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche:		
Cortison	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche:		
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche:		
Antidepressiva	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche:		
Blutverdünnende Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche (z.B. Ass, Marcumar, Heparin):		
Sonstige	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche:		

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Kiefergelenks- oder Nackenprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Zahnfleischprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Haben Sie Interesse an einer besonders intensiven Vorsorge gegen Karies und Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Interesse an Zahnaufhellung und Frontzahnkorrekturen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie mit der Stellung Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Patientinnen

Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

EU Datenschutz
Grundverordnung Einwilligungserklärung

Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass die Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gestattet wird. Darüber hinaus darf die Zahnarztpraxis meine erhobenen Daten elektronisch verarbeiten. Zudem dürfen sämtliche erforderliche medizinische und personenbezogene Daten von mir ausgetauscht werden, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist.

Wir sind eine reine Bestellpraxis. Um die Wartezeiten so kurz wie möglich zu halten, bitten wir Sie, Termine **mindestens 24 Stunden** vorher abzusagen, sofern Sie diese nicht einhalten können. Bei unentschuldigtem Fernbleiben findet eine **Berechnung der angefallenen Behandlungszeit** laut § 611,615 Satz 1 BGB (AG Viersen, AZ:17 C 199/05) statt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift!

Lokalanästhesie / örtliche Betäubung

Die Lokalanästhesie dient der Ausschaltung von Schmerzempfinden in einem eingegrenzten Bereich. Dadurch können zahnärztliche Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl Lokalanästhesien ein sehr sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung sind, kann es in seltenen Fällen zu Nebenwirkungen kommen. **Die häufigsten Nebenwirkungen sind:**

Hämatom (Bluterguss): Hämatome entstehen durch Verletzungen kleiner Blutgefäße. Durch Einbluten in umliegendes Gewebe kann es zu einer eingeschränkten Mundöffnung und Schmerzen kommen, in seltenen Fällen auch zu Infektionen.

Eingeschränkte Verkehrstüchtigkeit: Die Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit kann unter Umständen infolge einer Betäubung eingeschränkt sein. Die aktive Teilnahme am Straßenverkehr sollte vermieden werden.

Nervenschädigung: In sehr seltenen Fällen kann es infolge einer Lokalanästhesie zu Irritationen von Nervenfasern kommen, die mit vorübergehenden Gefühlsstörungen im betäubten Bereich verbunden sind. In seltensten Fällen können diese auch dauerhaft sein.

Selbstverletzung: Bitte verzichten Sie solange die Betäubung anhält generell auf die Nahrungsaufnahme sowie auf das Verzehren heißer und sehr kalter Speisen und Getränke, um Verletzungen, Verbrennungen oder Erfrierungen zu vermeiden.

Ich habe die Aufklärung verstanden und meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift!

