

## Informations- und Anamnesebogen

Bitte beantworten Sie die untenstehenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand auf Seite **1** und **2** möglichst genau. (Zutreffendes bitte ankreuzen / unterstreichen / evtl. ergänzen)

Alle Informationen und Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir Ihnen bei der Beantwortung gern behilflich. Bitte sprechen Sie uns an.



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift – Str: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_

Tel. dienstlich: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Krankenversicherung:**     gesetzlich     privat     beihilfeberechtigt

### Herz-Kreislaufkrankungen

- |  |                             |                               |       |
|--|-----------------------------|-------------------------------|-------|
| Bluthochdruck                                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Niedriger Blutdruck                          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Herzklappenerkrankung / Herzklappenersatz    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Herzoperationen / Herzschrittmacher          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Herzkrankungen / -infarkt / -rhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Endokarditis                                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Sonstige                                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |

### Medikamentenplan

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten \_\_\_\_\_

### Infektionserkrankungen

- |             |                             |                               |       |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|-------|
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Hepatitis   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| AIDS        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |

### Allergien gegen

- |                                 |                             |                               |       |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------|
| Antibiotika                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Schmerzmittel                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Lokalanästhetika / Spritzen     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Metalle                         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Zahnärztliche Materialien/Latex | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |

### Weitere Erkrankungen

- |   |                             |                               |       |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-------|
| Erkrankungen blutbildender Organe / Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Asthma / Atemwegserkrankungen                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Zuckerkrankheit (Diabetes)                                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Anfallsleiden (Epilepsie)                                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Osteoporose   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Tumorerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Nierenfunktionsstörungen / Lebererkrankungen                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Schilddrüsenerkrankungen                                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |



### Allgemeine Angaben und Informationen

Kiefergelenkserkrankungen

Ja  Nein

Schwangerschaft

Ja  Nein

Frühere Parodontitis Behandlung

Ja  Nein

Professionelle Zahnreinigung gewünscht?

Ja  Nein

Raucher / Alkoholgenuss / Drogenkonsum

Ja  Nein

Ich verpflichte mich, Sie über alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, entsprechend zu informieren.

### Aufklärung - zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der Ausschaltung des Schmerzempfindens im Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Durch die örtliche Betäubung können zahnärztliche Behandlungen in aller Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Die Zahn-, Mund- und Kieferregion wird überwiegend durch den Nervus trigeminus (einer der Hirnnerven) versorgt. Um diesen Nerv zu betäuben, wird das Lokalanästhetikum möglichst nahe an kleine Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat (intraalveoläre Anästhesie) oder in der Nähe eines der drei Hauptäste des Nervus trigeminus (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die örtliche Betäubung ein sicheres Verfahren ist, sind **Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht absolut vermeidbar**.

#### folgende Komplikationen können auftreten:

**Bluterguss:** Durch Verletzung kleinerer Blutgefäße können Einblutungen in das umgebende Gewebe auftreten. Bei einer Einblutung in die Kaumuskulatur kann es zu einer Einschränkung der Mundöffnung und leichten Schmerzen kommen, in ganz seltenen Fällen später auch zu Infektionen.

**Nervschädigung:** Bei der Leitungsanästhesie kann es in sehr seltenen Fällen zu einer Schädigung von Nervenfasern kommen. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem örtliche Betäubungen (Leitungsanästhesie) im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte oder Unterkiefer- und Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Behandlung dieser Schädigung gibt es nicht. Die Möglichkeit einer *spontanen Heilung muss* abgewartet werden.

**Verkehrsuntüchtigkeit:** Durch die örtliche Betäubung und die zahnärztliche Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Ursache dafür sind in erster Linie nicht die verwendeten Medikamente, sondern Stress und Angstgefühle im Zusammenhang mit der Behandlung sowie Beschwerden im Bereich des Eingriffes. Sie sollten daher nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

**Selbstverletzung:** Falls außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Gewebe (z. B. Zunge, Lippen, Wangen) betäubt sind, verzichten Sie bitte, solange die Betäubung wirkt, auf die Nahrungsaufnahme und auf Tabakkonsum (Rauchen). Neben Bissverletzungen sind auch Erfrierungen und Verbrennungen möglich.

*Ob Sie eine örtliche Betäubung vor oder während einer Behandlung wünschen, entscheiden Sie jeweils im Gespräch vor der stattfindenden Behandlung. Informieren Sie uns bitte, falls Sie entsprechende Anzeichen der oben genannten Komplikationen bemerken, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.*

Diese Aufklärung habe ich verstanden. Alle meine Fragen wurden umfänglich beantwortet.

( ) ja ( ) nein

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtig

\_\_Kamenz\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Unterschrift