



**Dr. med. dent. Michael Gottschall**

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis für Zahnheilkunde. Um eventuelle Zwischenfälle und Risikofaktoren für Sie im Vorfeld vermeiden zu können, bitten wir Sie, die nachstehenden Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand gewissenhaft zu beantworten. Bei Fragen oder Unklarheiten stehen wir Ihnen jederzeit zu Verfügung.

### Patient

Name	Straße Nr.
Vorname	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Telefon / Mobil / Geschäftlich
Versicherung	E-mail

Grund des heutigen Zahnarztbesuches

Wünschen Sie an Ihre Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?  E-Mail  telefonisch  SMS

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name & Telefon

Sind Sie zurzeit in zahnärztlicher Behandlung?  ja, wofür/ wo?  nein

Wo ? Name & Telefon

Wünschen Sie eine besondere Beratung über ...

- Zahnfarben, metallfreie Restauration (Inlays, Teilkronen, Veneers, Kronen & Brücken)
- Implantate
- Prophylaxe
- Parodontalbehandlung (Zahnfleischbehandlung)
- Bleaching
- Kiefergelenk-Behandlung (CMD)
- Harmonieschiene
- Schnarchtherapie

Haben Sie Allgemeinbeschwerden irgendwelcher Art ?

Ja / Nein / Weshalb ?

Stehen Sie derzeit in ärztlicher Behandlung ?

Ja / Nein / Weshalb ?

**Bitte Rückseite beachten !**

## Bitte das zutreffende ankreuzen X

### Herz/Kreislauf

- Angina pectoris
- Herzinfarkt / wann ? \_\_\_\_\_
- Herzmuskelentzündung
- künstliche Herzklappe
- Herzschrittmacher
- zu hoher Blutdruck
- zu niedriger Blutdruck
- Schlaganfall
- Thrombosen
- Blutungsneigung (Hämophilie)
- Blutarmut (Anämie)
- Gerinnungsstörungen
- Nachbluten nach Operationen
- oder ? \_\_\_\_\_

### Atemwege/Lunge?

- Asthma
- Lungenblähung (Emphyse)
- COPD
- oder ? \_\_\_\_\_

### Nieren?

- Dialysepflichtigkeit
- oder ? \_\_\_\_\_

### Stoffwechselerkrankungen?

- Diabetes mellitus I
- Diabetes mellitus II
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- oder ? \_\_\_\_\_

### Skelettsystem?

- Rücken-/Bandscheibenbeschwerden
- oder ? \_\_\_\_\_

### Magen Darmerkrankung?

- Morbus Crohn
- oder ? \_\_\_\_\_

Für Frauen: Besteht bei Ihnen zurzeit eine Schwangerschaft ?

- ja     nein

wenn ja, Welche Woche ?    /    Geburtstermin ?

### Erkrankung des Nervensystems?

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen.     Depressionen.     Angstzustände
- oder ? \_\_\_\_\_

### Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

- Leberentzündung ( Hepatitis     A     B     C )
- Einnahme von Kortison (Immunschwäche)
- Zustand nach Organtransplantation (Immunschwäche)
- HIV (Aids).     Infektionskrankheiten
- Krebserkrankung ( Karzinom ).     Chemo
- oder ? \_\_\_\_\_

### Unverträglichkeit / Allergienachweise oder -verdacht?

- ja     nein

Medikamente Welche?

Materialien Welche?

Haben Sie Abhängigkeiten (z.B. Nikotin oder Alkohol)?

- ja     nein

Welche? Wie viel ?

Nehmen Sie Gerinnungshemmende Medikamente ein?

- ASS     Marcumar     Eliquis     Xarelto     Clopidogrel

oder ?

Welche Medikamente nehmen Sie momentan regelmäßig ein?

- Blutdruckmed.     Herzmed.     Schmerzmittel     Antibiotika

Liste vorhanden

Welche?

Nehmen Sie Bisphosphonate (Medikamente gegen Osteoporose)?

- ja     nein

Wann ? welche Präparate ?

### Information 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 trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intraalveoläre 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.

**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 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.

**Nervenschädigung:** 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.

- Die Aufklärung habe ich verstanden
- möchte nie eine örtliche Betäubung.
- möchte dies immer individuell entscheiden.

### Wichtige Information

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich bin damit einverstanden, dass für die Erstellung meines individuellen Zahnersatzes meine Patientendaten und Fotos an ein gewerbliches Dentallabor weitergeleitet werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

1. Datum, Unterschrift Patient (in) und Zahlungspflichtige(r)

2. Datum, Unterschrift Patient (in) und Zahlungspflichtige(r)

3. Datum, Unterschrift Patient (in) und Zahlungspflichtige(r)

4. Datum, Unterschrift Patient (in) und Zahlungspflichtige(r)