

Herzlich Willkommen



in der Zahnarztpraxis Dres. Klessinger März & Musiol!

Um Ihnen die bestmögliche zahnmedizinische Behandlung zu ermöglichen, brauchen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Sollten Sie diesen Bogen bereits ausgefüllt haben, bitten wir Sie die Angaben zu aktualisieren. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an uns oder unser Praxispersonal- Vielen Dank!

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
---------------	--------------	------------

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
--------------------	----------

Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
------------------	----------------	---------------

E-Mail	Beruf, Arbeitgeber
--------	--------------------

Name und Ort Ihres Hausarztes

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung vorhanden |
| <input type="checkbox"/> Privat versichert | <input type="checkbox"/> Basistarif |
| <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt | |

Name Ihrer Krankenkasse

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname	Anschrift	Geburtsdatum
---------------	-----------	--------------

1. Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja

Wenn ja welche? (Gerne kopieren wir Ihren Medikamentenplan)

Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS, Eliquis, Xarelto, Pradaxa, Plavix)? nein ja

Knochenstabilisierende Medikamente (sog. „Bisphosphonate“ in Tablettenform oder auch als ¼ jährliche Spritze, z.B. Alendronsäure (Fosamax®), Risedronsäure (Actonel®) oder Zolendronsäure (Zometa®) nein ja

2. Herz-Kreislaufsystem

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Endokarditisprophylaxe?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

3. Blut/ Durchblutung

Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bluten Sie leicht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Leukämie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

4. Stoffwechsel

Diabetes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Falls ja	<input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2	insulinpflichtig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

5. Nieren

Niereninsuffizienz nein ja | Dialyse nein ja

6. Verdauungstrakt

Magen-o. Darmerkrankung nein ja | Morbus Crohn nein ja | Colitis ulcerosa nein ja

7. Atemwege und Lunge

COPD nein ja | Asthma bronchiale nein ja

8. Bewegungsapparat

Osteoporose nein ja | Gelenkerkrankung (Arthritis, Arthrose) nein ja
Haben Sie künstlichen Gelenkersatz? nein ja, folgenden: _____

9. Nerven/ Gemüt

Epilepsie nein ja | Depressionen nein ja

10. Allergien

Antibiotika nein ja | Latex nein ja | Jod nein ja
Ja, folgende: _____

11. Infektionskrankheiten

Hepatitis A, B oder C nein ja | HIV/ AIDS nein ja | Tuberkulose nein ja
Ja, folgende: _____

12. Weiteres

Schwangerschaft nein ja | Rauchen Sie? nein bis 10 Zigaretten/ Tag über 10 Zigaretten/ Tag
Haben sich jemals Komplikationen bei einer zahnärztlichen Betäubung ergeben? nein ja
Sonstiges: _____

INFORMATIONEN ZUM ZAHNÄRZTLICHEN LOKALANÄSTHESIE - ANÄSTHESIEAUFKLÄRUNG

Die Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der Ausschaltung des Schmerzempfindens. Durch die örtliche Betäubung können zahnärztliche Behandlungen in aller Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die örtliche Betäubung ein äußerst sicheres Verfahren ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht absolut vermeidbar. In sehr seltenen Fällen kann es daher trotz größter Sorgfalt zu folgenden Komplikationen kommen: Allergische Reaktion, Spritzenabszess, Nervverletzungen an Zunge und Lippe mit bleibendem Taubheitsgefühl, Selbstverletzung, etc. Bitte beachten Sie, dass es infolge der örtlichen Betäubung zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen kann und Ihre Verkehrstüchtigkeit dadurch eingeschränkt sein kann!

INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ:

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Mit den in der Praxis ausliegenden Datenschutzbestimmungen bin ich einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit widerrufen kann. Mit meiner Unterschrift stimme ich zum Therapiezwecke einer Fotodokumentation und einem Datenaustausch (Befunde, Röntgenbilder etc.) mit anderen Ärzten (z.B. überweisender Zahnarzt) zu.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle in diesem Anamnesebogen gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Patientin bzw. Bevollmächtigte/r, Sorgeberechtigte/r

* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.