

# Patientenanamnese und – aufklärungsbogen (PKV)

Zahnarztpraxis Daniela Roatzsch

Name:	Vorname:	Geb. am:	
Adresse:	Tel . Festnr.:	Mobil:	
	Tel. geschäftl.:	e-mail:	
Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> Basistarif <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt		
Durch wen wurden Sie empfohlen bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?			
Was ist der Grund für Ihren Besuch?			
<b>Anamnese</b>			
<b>Allergien</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<b>Diabetes</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Lokalanästhesie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Insulinpflichtig?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<b>Epilepsie</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Antibiotika (v.a. Penicillin)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<b>Osteoporose</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Latex	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<b>Bronchialasthma</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Jod	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<b>Andere Lungenerkrankung</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Andere		<b>Schilddrüsenerkrankung</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
		<b>Lebererkrankung</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
		<b>Nierenerkrankung</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Allergiepass</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<b>Tumor</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Herz-Kreislauf-Erkrankung</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<b>Blutungsneigung</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<b>Nervenkrankheit</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<b>Schwangerschaft</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Herzklappenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welche Woche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<b>Raucher</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<b>Regelmäßige Medikamente, welche?</b>	
Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Angina pectoris	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Andere		<b>Nehmen Sie Bisphosphonate?</b>	
<b>Infektionserkrankungen</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<b>Sind demnächst ärztl. Behandlungen geplant?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Multiresistente Bakterien	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welche?	
HIV	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<b>Hausarzt</b>	
Hepatitis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Name	
Andere		Adresse	



## Zahnmedizinische Anamnese

Haben Sie extreme Angst vor Zahnbehandlungen?	Ja	[ ]	Nein	[ ]
Benötigen Sie eine Antibiotikaphylaxe vor zahnärztlichen Eingriffen?	Ja	[ ]	Nein	[ ]
Haben Sie künstliche Gelenke (z.B. Knie, Hüfte) bzw. ist es geplant?	Ja	[ ]	Nein	[ ]
Leiden Sie an einem erhöhten Würgereiz?	Ja	[ ]	Nein	[ ]
Möchten Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?	Ja	[ ]	Nein	[ ]
Hatten Sie jemals eine Ohnmacht bei zahnmedizinischen Eingriffen?	Ja	[ ]	Nein	[ ]
Wünschen Sie einen Röntgenpass?	Ja	[ ]	Nein	[ ]

## Aufklärung über zahnärztliche Lokalanästhesie

Um eine schmerzfreie zahnärztliche Behandlung gewährleisten zu können, muss eine örtliche Betäubung (Lokalanästhesie) vorgenommen werden. Dazu wird durch eine Injektion ein Medikament (Lokalanästhetikum) in den Bereich des behandelten Zahnes (Oberkiefer) oder der versorgenden Nerven (Unterkiefer) verabreicht. Das Lokalanästhetikum führt zur vorübergehenden Ausschaltung der Schmerzempfindung. Wie jede ärztliche Behandlung ist auch die Durchführung der Lokalanästhesie mit einigen speziellen Risiken und Nebenwirkungen für den Patienten verbunden. Es können folgende Komplikationen auftreten.

- Bluterguss
- Infektion
- Schwellung
- Bewegungseinschränkungen der Kaumuskulatur
- Schädigungen der Nerven (einschließlich der Sensibilitätsstörungen =Kribbeln, Missempfindungen, kein Gefühl)
- Allergische Reaktionen
- Herz-Kreislaufprobleme

Komplikationen treten insgesamt nur selten und meistens vorübergehend auf. In extrem seltenen Fällen kann die durch eine Lokalanästhesie verursachte Komplikation (u.a. Nervenschädigung, Sensibilitätsstörung) jedoch auch dauerhaft bestehen bleiben.

Wir empfehlen ausdrücklich die Beachtung folgender wichtiger Verhaltensregeln nach einer Lokalanästhesie.

- Die Verabreichung eines Lokalanästhetikums kann u.U. zu einer vorübergehenden Einschränkung der Reaktionsfähigkeit führen. Deshalb weisen wir Sie darauf hin, dass nach einer Lokalanästhesie die Straßenverkehrstauglichkeit nicht mehr gewährleistet sein kann. Auch die Arbeit mit gefährlichen Maschinen und die verantwortliche Aufsicht über betreuungsbedürftige Personen (z.B. Kinder) muss dann unterlassen werden.
- Solange die Wirkung der Lokalanästhesie besteht (meist ca. 2-3 Stunden) sollte der Patient nicht essen. Durch die Wirkung der Lokalanästhesie können während des Kauens Verletzungen an den Weichteilen der Mundhöhle (z.B. Lippen, Wangen) entstehen, ohne dass Sie es bemerken.

Nachdem ich im Rahmen der Aufklärungspflicht über mögliche Komplikationen und notwendige Verhaltensregeln aufgeklärt worden bin, erkläre ich mich damit einverstanden, dass **bei mir/ meinem Kind** eine Lokalanästhesie („örtliche Betäubung“) vorgenommen wird. Meine Fragen wurden beantwortet. Eine Aufklärung über weitere Einzelheiten wünsche ich nicht, bzw. erfolgte soweit ich es wünschte. Ich versichere, dass ich in der Krankenvorgeschichte alle mir bekannten Leiden und Beschwerden genannt haben.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorgenannten Angaben.**

**Datum:**

**Unterschrift:**

