



König & Sander

# Anamnesebogen - alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht -

Patient /-in: \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Versicherte /-er: \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

## **Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung:**

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? Nehmen Sie dafür Medikamente ein? Wenn ja - welche?

<input type="checkbox"/> Herz _____	<input type="checkbox"/> Nieren _____
<input type="checkbox"/> Schilddrüse _____	<input type="checkbox"/> Magen/Darm _____
<input type="checkbox"/> Haut _____	<input type="checkbox"/> Diabetes _____
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck _____	<input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck _____
<input type="checkbox"/> Blutarmut _____	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung _____
<input type="checkbox"/> Schlaganfall _____	<input type="checkbox"/> Rheuma _____
<input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle _____	<input type="checkbox"/> Epileptische Anfälle _____
<input type="checkbox"/> Asthma _____	<input type="checkbox"/> Allergien _____
<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten _____	<input type="checkbox"/> O TBC <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatitis _____
<input type="checkbox"/> sonstige _____	
<input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen _____	
<input type="checkbox"/> sonstige Medikamente _____	
Empfohlen / überwiesen durch: _____	

Möchten Sie in unser Recall-System aufgenommen werden?  ja  nein

Sind Sie interessiert an unserem Individualprophylaxe-Programm?  ja  nein

Wann wurden Sie zuletzt an den Zähnen geröntgt? \_\_\_\_\_

Wo wurden Sie zuletzt an den Zähnen geröntgt? \_\_\_\_\_

Wünschen Sie für die Füllungsbehandlung eine örtliche Betäubung?  ja  nein  evtl.

Wir müssen und wollen Sie darüber aufklären, dass auch dieser zahnärztliche Eingriff mit einem Risiko verbunden ist. Insbesondere bei einer sogenannten Leitungsanästhesie kann es zu vorübergehenden oder dauerhaften Taubheitsgefühlen kommen. Das Risiko einer dauerhaften Nervschädigung kann nicht vollständig ausgeschlossen werden. Alternativ zu der seit Jahrzehnten erprobten Leitungsanästhesie besteht die Möglichkeit einer sogenannten intraligamentären Anästhesie. Nach den Erfahrungen unserer Patienten ist diese weniger wirksam als die Leitungsanästhesie. Mit Ihrer Unterschrift dokumentieren Sie, dass Sie über das grundsätzliche Risiko aufgeklärt worden sind und mit der Durchführung einer Leitungsanästhesie einverstanden sind.

## **Hiermit werde ich auf folgendes aufmerksam gemacht:**

1. Meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr kann unter dem Einfluss von Medikamenten sowie zahnärztlichen Spritzen beeinträchtigt sein.
2. Ich verpflichte mich, bei folgenden zahnärztlichen Besuchen Änderungen meines Gesundheitszustandes einschließlich Schwangerschaften sowie auch Änderungen meiner Anschrift nach Umzug und Wechsel der Krankenkasse mitzuteilen.
3. Patienten, die privat versichert sind, verpflichten sich, unabhängig von der Erstattung durch ihre Versicherung bzw. Beihilfestelle, den gesamten Rechnungsbetrag ohne Abzug zu bezahlen.

Oldenburg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient /in: \_\_\_\_\_