

2 | Anamnesebogen kurz

Liebe Patientin, lieber Patient!

In gewissen Abständen müssen wir uns über Ihren gesundheitlichen Zustand ein aktuelles Bild machen. Dazu bitten wir Sie, den Ihnen schon bekannten Fragebogen auszufüllen und zu unterschreiben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Lesen Sie dazu auch unsere Informationen zum Datenschutz auf unserer Homepage oder im Wartebereich unserer Praxis.

Persönliche Patientendaten

Name _____ Vorname _____

Hat sich Ihre Adresse bzw. Telefonnummer geändert? Ja Nein

Wenn ja, bitte angeben: _____

Allgemeine Gesundheitsituation

Leiden Sie unter

hohem Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
niedrigem Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Haben Sie künstliche Gelenke?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Asthma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rheumatischen Erkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Infektionskrankheiten wie

HIV	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welcher Typ: _____		

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) Ja Nein Diabetes Ja Nein Wenn ja, welcher Typ: _____Allergien Ja Nein Wenn ja, welche: _____Herzerkrankungen Ja Nein Wenn ja, welche: _____Hatten Sie einen Schlaganfall Ja Nein Wenn ja, wann: _____Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein Wenn ja, welche: _____Handelt es sich dabei um ein Blutverdünnendes Medikament Ja Nein Bisphosphonat Ja Nein Antidepressivum Ja Nein Schmerzmittel Ja Nein Cortison Ja Nein Haben Sie sonstige Erkrankungen? Ja Nein Wenn ja, welche: _____Hatten Sie eine Operation im Mund? Ja Nein Wenn ja, welche: _____Haben Sie zahnärztliche Betäubungen gut vertragen? Ja Nein Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger? Ja Nein

Behandlung unter Lokalanästhesie

Bei Behandlungen in Lokalanästhesie können trotz aller Sorgfalt Störungen oder Komplikationen auftreten. Diese sind im Aufklärungsformular in unserem Wartebereich zusammengestellt.

Das Aufklärungsformular zur Lokalanästhesie habe ich gelesen, verstanden und habe eingewilligt. Alle Fragen wurden beantwortet und mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung bis zum Beginn der Behandlung widerrufen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der o.g. Gesundheitsangaben, die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen zu haben und erkläre mich mit der Verarbeitung meiner personengebundenen Daten im Sinne der Datenschutzerklärung für Patienten (s. Aushang) einverstanden.