

5 | Anamnesebogen Notdienst

Liebe Patientin, lieber Patient!

Sie sind mit einem Problem zu uns in unseren Notdienst gekommen und benötigen Hilfe. Aber auch wir brauchen Ihre Unterstützung. **Im Notdienst kann es Immer wieder zu unvorhergesehenen Zwischenfällen oder Verzögerungen kommen.**

Um trotzdem einen möglichst reibungslosen Ablauf zu gestalten bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. 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

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Telefon privat und/oder Arbeit

Telefon Mobil

E-Mail

Beruf, Arbeitgeber (freiwillige Angabe)

Krankenkasse, bei der Sie versichert sind

Sind Sie zusatzversichert? Ja Nein

Sind Sie als Privatpatient
beihilfeberechtigt?

Ja Nein

Oder im Basistarif versichert? Ja Nein

Pflegegrad

Ja Nein

Wenn ja, welcher Grad? _____

Name Ihres Hausarztes

Name Ihres Zahnarztes

Allgemeine Gesundheitssituation

Leiden Sie unter

hohem Blutdruck	Ja	Nein	Tumorerkrankung	Ja	Nein
niedrigem Blutdruck	Ja	Nein	Nierenerkrankung	Ja	Nein
Blutgerinnungsstörung	Ja	Nein	Haben Sie künstliche Gelenke?	Ja	Nein
Schilddrüsenerkrankung	Ja	Nein	Asthma	Ja	Nein
Rheumatischen Erkrankungen	Ja	Nein	Rauchen Sie?	Ja	Nein

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 <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bisphosphonat	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Antidepressivum	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Cortison	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Haben Sie sonstige Erkrankungen? 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.

Datum

Unterschrift