

# Anamnesebogen



Patient  
Familienname/Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Zahnarzt: \_\_\_\_\_

## Bei Familienversicherten

Name des Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_

## Nur Bei Privatpatienten

Rechnung an: \_\_\_\_\_

**Die Kenntnis bestehender Vorerkrankungen ist für eine komplikationslose Behandlung unbedingt notwendig. Daher bitten wir Sie die folgenden Fragen vollständig zu beantworten.**

Waren Sie in den letzten zwei Jahren in ärztlicher Behandlung, **wenn ja, weshalb?** ja  nein

Nehmen Sie ständig Medikamente, **wenn ja, welche?** ja  nein

Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen, **wenn ja, welche?**

Schlaganfall	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Nierenerkrankung (Dialyse)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Lungenerkrankung (Asthma)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Rheuma	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Krankheit Jacob Creutzfeldt (CJK oder vCJK)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Rauchen Sie?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Sonstige Angaben: \_\_\_\_\_

Blutdruck:			
Niedrig <input type="radio"/>	normal <input type="radio"/>	hoch <input type="radio"/>	
Herzkrankheiten	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
<b>Wenn ja, welche:</b>	_____		
Lebererkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
<b>Wenn ja, welche:</b>	_____		
Blutkrankheit	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
<b>Wenn ja, welche:</b>	_____		
Infektionskrankheiten	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
<b>Wenn ja, welche:</b>	_____		
HIV / AIDS / Hepatitis	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	

Neigen Sie zu Nachblutungen oder blauen Flecken? ja  nein

Gab es Komplikationen nach der örtlichen Betäubung bei Ihrem Zahnarzt? ja  nein

Besteht eine Allergie? wenn ja, wogegen: \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Röntgenpaß? ja  nein

Bei Frauen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ja  nein

Wenn Ja, welche Woche/Monat? \_\_\_\_\_



## Informationen über die örtliche Betäubung

### (zahnärztliche Lokalanästhesie)

Die zahnärztliche Lokalanästhesie dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, und Kieferbereich. Durch sie können die notwendigen chirurgischen Behandlungen wie z.B. Implantate, Knochenaufbau, Wurzelspitzenresektionen, Extraktionen und sonstige Operationen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion von einem Hirnnerv (Nervus Trigeminus) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben wird die Lokalanästhesie an folgenden Stellen injiziert:

- An der Schleimhaut die den Zahn umgibt
- Im Unterkiefer in der Region des Hauptnervs, Nervus Mandibularis

Die Lokalanästhesie ist ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung, dennoch können Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten auftauchen.

### Mögliche Komplikationen:

- **Bluterguss (Hämatom)**  
Durch Verletzung kleiner Blutgefäße im Zahnfleisch können Blutungen in das umliegende Gewebe eintreten. Bei Einblutung in einen Kaumuskel infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und/oder Schmerzen, in seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.
- **Nervschädigung**  
Bei der Leitungsanästhesie im Unterkiefer kann es in seltenen Fällen zu einer Irritation der Nervfasern kommen. Hierdurch sind vorübergehende, selten auch dauerhafte Gefühlsstörungen möglich.
- **Selbstverletzung**  
Durch die lokale Betäubung sind meist auch die umliegenden Weichteile wie Zunge, Wange, Lippe mit betäubt. Bitte verzichten Sie, solange das Taubheitsgefühl anhält, auf die Nahrungsaufnahme.
- **Verkehrstüchtigkeit**  
Infolge einer örtlichen Betäubung und der chirurgischen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist teilweise auf die Zusammensetzung der Lokalanästhesie, aber auch auf die Verfassung des Patienten (Stress, Angst vor und nach der Behandlung) zurückzuführen.  
Wir empfehlen nach einer Behandlung mit einer örtlichen Betäubung nicht aktiv am Straßenverkehr teilzunehmen und deswegen idealerweise eine Begleitperson mitzubringen.

Hiermit versichere ich, dass ich die Informationen zur örtlichen Betäubung und die dadurch möglichen Komplikationen aufmerksam und komplett durchgelesen habe, sowie alle mich interessierende Fragen geklärt wurden. Außerdem versichere ich, dass ich alle Angaben zu meiner Person und zur Krankengeschichte vollständig und richtig ausgefüllt habe.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient