

Neu-Aufnahme

Neu in Behandlung tretende Patienten werden um Ausfüllen dieser Anmeldung gebeten

Name: geb:.....
 Anschrift:..... Tel:.....
 Krankenkasse:.....

Anamnese Fragebogen

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie anhaltende Schmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sind Sie Allergiker (vertragen Sie bestimmte Arzneimittel nicht)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hatten sie ernsthafte Herz- und Kreislaufbeschwerden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sind Sie zuckerkrank? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sind Sie leberkrank oder hatten Sie einmal Gelbsucht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Leiden Sie an einer Erkrankung des Blutes oder an einer Blutgerinnungsstörung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Leiden oder litten Sie an Tuberkulose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Leiden Sie unter Asthma (schwere Atemnot)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben oder hatten Sie ein Magen- oder Darmgeschwür? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Haben oder hatten Sie eine Schilddrüsenerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Sind Sie Raucher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Haben Sie ein Organtransplantat oder Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Sind Sie Aids infiziert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Frühere Röntgen und nuclearmedizinische Untersuchungen (z.B. Schilddrüsen Radio-Jod-Test)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wann: Was:..... | | |
| 16. Röntgenbestrahlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wann: Was:..... | | |
| 17. Ohnmachtsneigung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Ist die Zahnarztpraxis von einem Patient empfohlen worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Von wem:..... | | |
| 19. Name und Anschrift des Hausarztes | | |
| | | |
| 20. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche:..... | | |
| 21. Nehmen Sie Drogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche:..... | | |

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Außerdem werde ich darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit und das Bedienen von Maschinen nach zahnärztlichen Spritzen zur örtlichen Schmerzausschaltung für einige Stunden beeinträchtigt sein kann. Aufgrund aktueller Rechtsprechung müssen wir Sie darauf hinweisen, dass es bei der Leitungsanästhesie im Unterkiefer in sehr seltenen Fällen zu einer zeitweisen Beeinträchtigung der Zungensensibilität kommen kann, das heißt ein Teil der Zunge bleibt über einen gewissen Zeitraum teilweise taub.

Wir bitten Sie uns zu bestätigen, dass wir Sie über dieses Risiko informiert haben.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich über die Risiken einer Leitungsanästhesie informiert worden bin.

Ich danke Ihnen für Ihre Angaben.

.....
 Datum Unterschrift