

Anamnese

Name: _____ Telefon: _____ ☐ Zusatzversichert ☐ Beihilfe
Anschrift: _____ Geburtsdatum: _____

Um mögliche Komplikationen auszuschließen, bitten wir Sie uns folgende Fragen zu beantworten:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Was ist die Ursache Ihres Zahnarztbesuches?** _____
- ☐ **Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Herzklappenersatz?**
 - ☐ **Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?**
 - ☐ **Leiden Sie unter Mundgeruch?**
 - ☐ **Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen?**
 - ☐ **Haben Sie manchmal ein Metallgeschmack?**
 - ☐ **Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?**
 - ☐ **Allergien, z.B. gegen Latex/Penicilin** Welche ? _____
 - ☐ **Asthma, Atemnot**
 - ☐ **Herz-Kreislauf Erkrankungen**
 - ☐ **Infektionserkrankung wie Hepatitis, Tuberkulose, HIV**
 - ☐ **Diabetis (Zuckerkrankheit)**
 - ☐ **Schilddrüsenerkrankung**
 - ☐ **Rheuma**
 - ☐ **Nierenerkrankung**
 - ☐ **Grüner Star (Engwinkelglaukom)**
 - ☐ **Wird/wurde eine Tumorbehandlung durchgeführt oder ist geplant?**
 - ☐ **Hoher oder niedriger Blutdruck**
 - ☐ **Blutgerinnungsstörung**
 - ☐ **Bestehen andere Erkrankungen?** Welche? _____
 - ☐ **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** Welche? _____
-
- ☐ **Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?** Welche Schwangerschaftswoche? _____
 - ☐ **Rauchen Sie?** Wie viel pro Tag? _____
 - ☐ **Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung?**
 - ☐ **Wollen Sie regelmäßig an Kontrolltermine erinnert werden?** Via ☐ Telefon ☐ Post
 - ☐ **Wollen Sie über die Vorteile einer professionellen Zahnreinigung informiert werden?**

Teilen Sie bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand geändert hat.

Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden? ☐ Empfehlung _____ ☐ Internet

Medikamente, auch Betäubungsspritzen können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Sollte im Unterkiefer eine Betäubungsspritze notwendig sein, erfolgt eine Anästhesie des gesamten Unterkiefernervs einer Seite. Dabei kann in sehr seltenen Fällen (ca. 0,1%) der Nerv vorübergehend oder bleibend geschädigt werden. Dies ist mit einem Taubheitsgefühl im Kinnbereich und/oder Zunge verbunden.

Datum, Unterschrift

Da wir uns gerne Zeit für Sie nehmen und eine optimale Behandlung für Sie gewährleisten wollen, bitte wir Sie rechtzeitig bei Nichterscheinen den Termin abzusagen.
Bitte mindestens **24** Stunden vorher per Telefon Bescheid geben.