

Anmeldebogen mit Anamnese

Persönliche Angaben

Name:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Straße:	_____
Postleitzahl:	_____	Ort:	_____
Tel. privat:	_____	Mobilrufnummer:	_____
Tel. geschäftlich:	_____	E-Mail:	_____
Beruf:	_____	Krankenkasse:	_____

Wenn Sie **nicht selbst Krankenversicherungsmitglied** sind, wer ist Versicherter?

Name:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Straße:	_____
Postleitzahl:	_____	Ort:	_____

Sind Sie Beihilfeberechtigte/r?	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Zahn-Zusatzversicherung?	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>
Überwiesen / empfohlen durch?	Praxis _____
Internet _____	Bekannte _____
Dentallabor König & Weiss / GZFA _____	Zufall _____

Allgemeine Anamnese

Bestehen gesundheitliche Risiken?	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	_____
Haben Sie Allergien / Überempfindlichkeit auf bestimmte Stoffe / Antibiotika (z.B. Penicillin)?	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	_____
Allergiepass vorhanden?	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Asthma?	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	_____

- Haben Sie eine Herz- / Kreislauferkrankung? ja / nein
- Wenn ja, welche? _____
- Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja / nein
- Haben Sie eine Bluthochdruckkrankung? niedrig / hoch / nein
- Hatten Sie bereits einen Herz- oder Hirninfarkt? ja / nein
- Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? ja / nein
- Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (ASS / Marcumar)? ja / nein
- Haben Sie Diabetes? ja / nein
- Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja / nein
- Wenn ja, welche? Überfunktion / Unterfunktion / Hashimoto
- Haben Sie Epilepsie? ja / nein
- Sind Sie HIV-positiv / Tuberkulose? ja / nein
- Haben Sie Hepatitis A oder B? ja / nein
- Haben Sie Hepatitis C? ja / nein
- Haben Sie psychische Erkrankungen / Depressionen? ja / nein
- Haben Sie Knochenerkrankungen (z.B. Osteoporose)? ja / nein
- Wenn ja, nehmen Sie Bisphosphonate? ja / nein
- Haben Sie eine Magen-, Darm- oder Nierenerkrankung? ja / nein
- Besteht eine Auto- Immunerkrankung? ja / nein
- Haben / Hatten Sie eine Tumorerkrankung? ja / nein
- Wenn ja, wurde diese mit Chemo- oder Strahlentherapie behandelt? ja / nein
- Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? Woche: _____
- Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? ja / nein
- Leiden Sie unter Migräne? ja / nein
- Haben Sie Schmerzen im Kopf- / Nackenbereich? ja / nein
- Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt? vor _____ Monaten

Aufklärung und Einwilligung über die Leitungsanästhesie

Zur Schmerzausschaltung im Unterkiefer muss Ihr Zahn mit einer Leitungsanästhesie betäubt werden. Komplikationen bei dieser Art der Anästhesie sind sehr selten, trotzdem sind wir gesetzlich verpflichtet, Sie auf allgemeine und spezifische Risiken hinzuweisen:

Häufige Nebenwirkungen:

- Schwellung / eingeschränkte Beweglichkeit des betäubten Bereichs
- Schmerzen bzw. Missempfindungen der Einstichstelle

Gelegentliche Nebenwirkungen:

- Bluterguss mit Schwellung
- Schmerzen bzw. Missempfindungen bei der Nervberührung

Sehr seltene Nebenwirkungen:

- Entzündung der Einstichstelle
- Dauerhafte Gefühlslosigkeit im Verlaufsgebiet des Nervus Lingualis (sensibler Zungennerv) und / oder des Nervus alveolaris inferior (Zahn - und Lippennerv)
- Hängende Lippe / Wange
- Allergische Reaktion auf verwendete Wirkstoffe / Anästhetika
- Kreislaufkollaps, Bewusstlosigkeit

Ich wurde von meinem behandelnden Zahnarzt umfänglich über die Risiken einer Leitungsanästhesie aufgeklärt. Alle meine Fragen wurden verständlich und vollständig beantwortet. Ich benötige keine weitere Überlegungsfrist und willige in die Verabreichung einer Leitungsanästhesie für die zahnärztliche Behandlung ein.

München, den _____

Unterschrift _____

Schlusserklärung

Wir behalten uns vor, Honorare über eine ärztliche Verrechnungsstelle zu liquidieren. Als gesetzlich krankenversicherter Patient bitten wir Sie, unbedingt die Versicherungskarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorbeizubringen.

Sie kommen zur Behandlung in unsere Praxis, die nach dem **Bestellsystem** geführt wird. Das heißt, die Terminvergabe wird von Ihrem behandelnden Zahnarzt so organisiert, dass zum vereinbarten Zeitpunkt ausschließlich Ihre Behandlung stattfindet. Die bei Ihnen vorgesehene Behandlung kann – von ganz seltenen Ausnahmen abgesehen – somit pünktlich beginnen und es entstehen für sie im Regelfall kaum Wartezeiten.

Wenn Sie einen **Termin nicht einhalten** können, bitten wir Sie dringend diesen mindestens **24 Stunden zuvor** – wenn ein Wochenende dazwischen liegt, entsprechend früher – abzusagen, da wir Ihnen sonst die **Vergütung** für die vorgesehene Behandlung oder die ungenutzte Zeit in Rechnung stellen können, wobei hierfür pro angefangene halbe Stunde mindestens **EUR 50, 00** zu vergüten sind. Die Möglichkeit den Nachweis zu führen, dass kein Schaden oder ein geringer Schaden entstanden ist, bleibt hiervon selbstverständlich unberührt.

Sofern Sie wegen eines Notfalls (Schmerzen) einen **spontanen Termin** erhalten, müssen Sie mit **Wartezeiten** rechnen.

München, den _____

Unterschrift _____