

Sehr geehrte Patienten,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen bitte sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschliesslich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Allgemeiner Anamnesebogen

Name	Vorname
------	---------

Telefon privat	geschäftlich
----------------	--------------

Geburtsdatum	Geburtsort
--------------	------------

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? (Bisphosphonate)	Ja	Nein
Wenn ja, welche? _____		

Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen?	Ja	Nein
Wenn ja, welche? _____		

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?	Ja	Nein
Wenn ja, welche? _____		

Besitzen Sie einen Allergiepass?	Ja	Nein
----------------------------------	----	------

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen	Ja	Nein
Wenn ja, welche? _____		

Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?	Ja	Nein
Wenn ja, welche? _____		

- ___ Angeborener oder erworbener Herzfehler
- ___ Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese
- ___ Endokarditis (Herzinnenhautentzündung?)
- ___ Herzoperation?
- ___ Herzschrittmacher?

Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?

Infektionskrankheit (z. B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)	Ja	Nein
Lebererkrankung	Ja	Nein
Herzerkrankung (Herzinfarkt, Angina pectoris)	Ja	Nein
Hoher Blutdruck	Ja	Nein
Niedriger Blutdruck	Ja	Nein
Schlaganfall	Ja	Nein
Nierenerkrankung	Ja	Nein
Diabetis? Typ, eins ____, zwei ____	Ja	Nein
Magen-Darmerkrankung	Ja	Nein
Schilddrüsenerkrankung	Ja	Nein
Rheumatismus, rheumatisches Fieber	Ja	Nein
Asthma, Lungenerkrankung	Ja	Nein
Bluterkrankung, Blutgerinnungsstörung	Ja	Nein
Nervenerkrankung	Ja	Nein
Anfallsleiden, Epilepsie	Ja	Nein
Sonstige Erkrankung welche: _____	Ja	Nein

Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? Ja Nein
Wenn ja, in welchem Körperbereich

Haben Sie Verletzungen im Kiefer-/Gesichtsbereich? Ja Nein

Haben Sie eine Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? Ja Nein

Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?
Welches Körperteil? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Welcher Monat _____ Ja Nein

Name und Anschrift des Hausarztes: _____

Haben Sie Angst vor der Behandlung Ja Nein

Wichtiger Hinweis: Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich kann ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein!

 Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Nebenwirkungen, Risiken und Komplikationen bei einer Lokalanästhesie

Bei einer Lokalanästhesie kann es zu folgenden Risiken/Folgeschäden kommen:

Immer:

- Einstichschmerz,
- Kribbeln, Taubheitsgefühl, Gefühllosigkeit im betäubten Bereich bis zu sechs Stunden oder länger anhaltend.

Häufig:

- Kurzzeitige, punktförmiger Blutung nach Einstich
- unvollständige Wirkung
- blitzartiger Schmerz bei Einstich durch Nervberührung
- Mitbetäubung benachbarter Bereiche wie Nase, Auge, Ohr

Selten:

- Kreislaufkollaps, Bewusstlosigkeit
- Allergische Reaktionen auf Anästhetikum
- dauerhafte Gefühllosigkeit im Verlaufsgebiet (unter 1%)
- vorübergehende Schwellung des Augenlides, Sehrstörungen
- temporäre Fazialisparese (vorrübergehende Lähmung des Gesichtsnervs)

Erst nach vollständigem Abklingen der Betäubung sollte Sie kauen, heisses abschmecken oder heisse Getränke zu sich nehmen, damit Sie sich nicht selbst verletzen! Beissen, Verbrennen etc.

Ich willige in die Verabreichung von Betäubungsspritzen im Rahmen einer Zahnärztlichen Behandlung ein. Über die dadurch entstehenden Risiken und ggf. Folgeschäden wurde ich ausführlich aufgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

