

Kerstin Plaumann

Zahnärztin

Hermannstr. 34, 18055 Rostock
0381 / 4922348



Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um uns individuell auf Sie einstellen zu können.

Jeder Untersuchung oder Behandlung geht natürlich das ärztliche Gespräch voraus, in dem Sie Fragen klären und Wünsche äußern können.

Die von Ihnen angegebenen Daten werden von uns vertraulich im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht behandelt.

Allgemeines

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer privat: _____ mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenkasse / Versicherung: _____

Hausarzt - soweit bekannt - Adresse und Telefonnummer: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?

ASS 100 Marcumar Aspirin Xarelto

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit?

Kerstin Plaumann

Zahnärztin

Hermannstr. 34, 18055 Rostock
0381 / 4922348



Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Herz-/Kreislaufferkrankungen:

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschritmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzoperation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			Osteoporoseerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			Raucher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			Allergie, wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV Infektion/Stadium AIDS	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit(CJK)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
Wenn ja, in welchem Monat? Monat

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann?.....

Ich versichere, alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet zu haben.
Darüber hinaus werde ich unaufgefordert meiner Zahnärztin bei Änderungen meines Gesundheitszustandes vor der Behandlung informieren. Alle Angaben unterliegen der strengen ärztlichen Schweigepflicht sowie dem Datenschutzgesetz und werden vertraulich behandelt.

Rostock, den..... Unterschrift.....

Erneuert am:..... Unterschrift.....

Erneuert am:..... Unterschrift.....

Kerstin Plaumann

Zahnärztin

Hermannstr. 34, 18055 Rostock
0381 / 4922348



Dem Stand der Wissenschaft entsprechend wird in unserer Praxis nur noch geringes Amalgam verwendet. Es kommt häufig weißes Keramik-Composit-Füllungsmaterial zur Anwendung. Die Kosten für diese Füllungen werden von der Krankenkasse nur teilweise übernommen. Die Zuzahlung durch den Patienten beträgt je nach Größe zwischen 40 – 120 €.

Auf Wunsch wird vor der Behandlung ein detaillierter Kostenvoranschlag erstellt.

Rostock, den..... Unterschrift.....

Erneuert am..... Unterschrift.....

Erneuert am..... Unterschrift.....

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Durch die Ausschaltung der Schmerzempfindlichkeit können die notwendigen Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, können folgende Nebenwirkungen auftreten.

Hämatom (Bluterguss): Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutung in einen der Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in seltenen Fällen auch Infektionen kommen. Sie sollten Ihrer Zahnärztin darüber informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

Nervenschädigung: Bei der Lokalanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern auftreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach max. 12 Std. vollständig abgeklungen sein, informieren Sie Ihre Zahnärztin.

Verkehrstüchtigkeit: Infolge der örtlichen Betäubung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktionsfähigkeit kommen. Sie sollten daher nicht aktiv im Straßenverkehr teilnehmen.

Selbstverletzung: Da neben den Zähnen auch die Weichteile betäubt sind, verzichten Sie bitte auf Nahrungsaufnahme oder Sport, bis die Taubheit abgeklungen ist.

Die Aufklärung habe ich verstanden und möchte eine zahnärztliche Lokalanästhesie bekommen, wenn es für notwendig erklärt wird.

Rostock, den..... Unterschrift.....

Erneuert am..... Unterschrift.....

Erneuert am..... Unterschrift.....

Ich bin mit dem halbjährlichem Recall einverstanden..... ja
 nein