



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb.am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr	Arzt-Nr.	Datum

Versicherte(r)

Dokumentation zum Patientengespräch: Fragebogen

Behandlungseinrichtung	Beh.-ID
Zahnarztpraxis Bodmann und Kollegen Christophstraße 49 86956 Schongau	
Behandelnde(r) Ärztin/Arzt:	Arzt-ID
Dr. Dr. Alexandra Bodmann-Peschke	1

Einleitung

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung der nachfolgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese).

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte beantworten Sie unter Zuhilfenahme des Stiftes und der **>>Weiter** Taste die folgenden Fragen. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne weiter.

J = Ja | N = Nein

Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Kontaktdaten

Telefon (privat):

Telefon (mobil):

E-Mail-Adresse:

Behandlung

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus?

J N

Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?

J N

Infektionskrankheiten

Hepatitis

J N

Wenn ja, welche?

Typ-A Typ-B Typ-C Typ-D

Aids

J N

Andere Infektionskrankheiten:

J N



Fragebogen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Haben Sie einen Herzschrittmacher? J N
- Hoher Blutdruck J N
- Niedriger Blutdruck J N
- Angina Pectoris J N
- Haben oder hatten Sie eine Herzerkrankung? J N
- Nehmen Sie Blutverdünner? J N
- Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe? (Haben Sie einen Herzpass?) J N

Stoffwechselerkrankungen

- Diabetes mellitus J N
- Typ 1 Typ 2
- HbA1c-Wert über 7 % unter 7 %

Krankheiten

- Schilddrüsenerkrankung J N
- Asthma J N
- Rheuma J N
- Lungenerkrankung J N
- Epilepsie J N
- Lebererkrankungen J N
- Hörstörung J N
- Nierenprobleme J N
- Magen-Darm-Erkrankungen J N
- Nervenerkrankung J N
- Psychische Erkrankung J N
- Geistige Behinderung J N
- Sonstige Erkrankungen: J N

Medikamente

- Nehmen Sie regelmäßig oder zurzeit Medikamente ein? J N

- Wenn Sie mehrere Medikamente nehmen, bringen Sie bitte eine aktuelle Medikamentenliste von **allen** Medikamenten mit!
- Haben Sie ein Notfallset oder einen Asthmaspray? J N

Allergien/Unverträglichkeiten

- Besteht eine Allergie gegen:
- Penicillin J N
- Jod J N
- Nickel J N
- Latex J N
- Haben Sie sonstige Allergien? J N

Allgemein

- Geschlecht: W M D
- Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk? J N
- Hatten Sie einen Unfall im Mund/Kieferbereich? J N
- Haben oder hatten sie einen Tumor? J N
- Besteht eine Schwangerschaft? J N
- wer ist ihr Hausarzt?



Fragebogen

Unterschrift

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter
Ort/Datum: _____

■ Allgemeine Aufklärung zur Infiltrationsanästhesie/ Leitungsanästhesie

Wenn Sie eine Schmerzausschaltung wünschen, muss Ihr Zahn mit einer Anästhesie 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 Bereiches
- Gelegentliche Nebenwirkungen:
 - Bluterguss mit Schwellung
 - Schmerzen bzw. Missempfindungen bei der Nervberührung und/oder der Einstichstelle
- sehr seltene Nebenwirkungen:
 - Entzündung der Einstichstelle
 - Hängende Lippe/ Wange
 - Kreislaufkollaps, Bewusstlosigkeit
 - dauerhafte Gefühllosigkeit im Verlauf gebiet der betäubten Nerven
 - Allergische Reaktionen auf verwendete Wirkstoffe
- Sind bei Ihnen bereits Komplikationen in Verbindung mit einer Anästhesie aufgetreten?
 - nein
 - ja (Bitte informieren Sie bei jeder Behandlung den Arzt)

Ort, Datum

Unterschrift



Fragebogen

■ Datenschutz und Schweigepflicht

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und der Verarbeitung der personenbezogenen Daten meines oben genannten Kindes unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ein.

Des Weiteren willige ich in die Weitergabe der Daten, wie in der Patienteninformation zur Datenschutzgrundverordnung unserer Praxis bestimmt, ein. Diese Information hängt im Wartezimmer der Praxis aus und kann Ihnen auf Wunsch ausgehändigt werden.

Des Weiteren unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Ort, Datum

Unterschrift