

**Zahnarztpraxis Birkenmeier:**  
 Nadja Birkenmeier  
 Zahnärztin  
 Schkeuditzer Str. 33  
 06231 Bad Dürrenberg  
 03462-80606  
 www.zahnarztpraxis-birkenmeier.de



## Anamnese

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### Zutreffendes ankreuzen

### Zutreffendes unterstreichen

O ja O nein	<b>Erkrankungen des Herzens</b>	Herzfehler, Herz-Rhythmus-Störung, Endokarditis, Infarkt, Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Operationen
O ja O nein	<b>Blut-, Kreislauferkrankungen</b>	Gerinnungsstörungen, Bluthochdruck, niedriger Blutdruck, Nachblutungen, Gehirnschlag/Schlaganfall
O ja O nein	<b>Osteoporose</b>	(geringe Knochendichte)
O ja O nein	<b>Schilddrüsenerkrankungen</b>	Überfunktion, Unterfunktion
O ja O nein	<b>Glaukom (erhöhter Augeninnendruck, grüner Star)</b>	
O ja O nein	<b>Internistische Erkrankungen</b>	Zucker (Diabetes), Lunge, Nieren, Leber, Magen-Darm, Rheuma, Asthma
O ja O nein	<b>Anfallsleiden, Nervenerkrankungen</b>	Epilepsie, Parkinson, Depression, Schlafstörungen, Migräne
O ja O nein	<b>Infektionskrankheiten</b>	Herpes, Hepatitis, HIV, Tbc, Geschlechtskrankheiten
O ja O nein	<b>Nehmen Sie Medikamente?</b>	Tabletten, Tropfen, Spritzen, Inhalation, <b><u>bitte angeben</u></b>
O ja O nein	<b>Allergien oder Arzneimittelunverträglichkeiten</b>	<b><u>bitte angeben</u></b> , ggf. Allergieausweis vorlegen
O ja O nein	<b>Sonstige Erkrankungen, Operationen, Unfall</b>	
O ja O nein	<b>Besteht eine Schwangerschaft?</b>	
O ja O nein	<b>Rauchen Sie?</b>	Wieviel? Wie lange schon?

**BITTE WENDEN --->**

### Einverständniserklärung für Lokalanästhesie

Einige Behandlungen machen eine örtliche Betäubung (Lokalanästhesie) notwendig. Hierbei werden Nervenendäste (Infiltrationsanästhesie) oder der Nervenstamm (Leitungsanästhesie) mit einem Betäubungsmittel umspritzt und das entsprechende Versorgungsgebiet betäubt. Dabei kann es in seltenen Fällen zu einer Schädigung der Nerven kommen, die zu Gefühlsstörungen in Lippe oder Zunge führen kann, die sich nach einiger Zeit jedoch wieder zurückbilden können. Weiter Komplikationen und Risiken sind Allergien auf Betäubungsmittel, Herz-Kreislauf-Störungen, Hämatom, Einschränkung der Fahrtüchtigkeit und der Bedienung von Maschinen, erhöhte Selbstverletzungsgefahr während der Wirkdauer.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei mir eine Lokalanästhesie durchgeführt wird. Weitergehende Fragen meinerseits wurden hinreichend beantwortet und bestehen nicht mehr.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

---

### Einverständniserklärung Datenschutz

Für die Wartung der Behandlungsdaten, die bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Hausärzten, Therapeuten, Vor- und Nachbehandlern, Überweisern und Krankenkassen kann eine Einsicht oder Weitergabe von Daten oder Röntgenbildern notwendig sein. Wir bitten Sie um Ihr Einverständnis. Die Weitergabe von Daten an andere Personen (z. B. Versicherungen) bedarf natürlich einer gesonderten Schweigepflichtsentbindung.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich wünsche eine Kopie dieser Einverständniserklärung

---

### Nur für Neupatienten

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Bekannte/Familie  Internet  Telefonbuch  Notdienst  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Es wurden in letzter Zeit Röntgenbilder von Zähnen durchgeführt (ca. 2 Jahre)

Erinnerungsservice erwünscht (telefonische Erinnerung an halbjährliche Kontrolltermine)

---

Datum Aktualisierung	Änderungen	Unterschrift