

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	Erkrankungen des Herzens	Herzfehler, Herz-Rhythmus-Störung, Endokarditis, Infarkt, Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Operationen
O ja O nein	Blut-, Kreislauferkrankungen	Gerinnungsstörungen, Bluthochdruck, niedriger Blutdruck, Nachblutungen, Gehirnschlag/Schlaganfall
O ja O nein	Osteoporose	(geringe Knochendichte)
O ja O nein	Schilddrüsenerkrankungen	Überfunktion, Unterfunktion
O ja O nein	Glaukom (erhöhter Augeninnendruck, grüner Star)	
O ja O nein	Internistische Erkrankungen	Zucker (Diabetes), Lunge, Nieren, Leber, Magen-Darm, Rheuma, Asthma
O ja O nein	Anfallsleiden, Nervenerkrankungen	Epilepsie, Parkinson, Depression, Schlafstörungen, Migräne
O ja O nein	Infektionskrankheiten	Herpes, Hepatitis, HIV, Tbc, Geschlechtskrankheiten
O ja O nein	Nehmen Sie Medikamente?	Tabletten, Tropfen, Spritzen, Inhalation, <u>bitte angeben</u>
O ja O nein	Allergien oder Arzneimittelunverträglichkeiten	<u>bitte angeben</u> , ggf. Allergieausweis vorlegen
O ja O nein	Sonstige Erkrankungen, Operationen, Unfall	
O ja O nein	Besteht eine Schwangerschaft?	
O ja O nein	Rauchen Sie?	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, Vergabe von Aufträgen an zahntechnische Labors, die bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Hausärzten, Therapeuten, vor-, nach-, unterstützend und notbehandelnden Zahnärzten und gesetzlichen 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.

Ich erkläre mich mit der Weitergabe der Daten in diesen Fällen einverstanden und mir ist bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann.

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