

HERZLICH WILLKOMMEN

IN DER ZAHNARZTPRAXIS DR. CHRISTIAN SEIDL

DIE PRAXIS FÜR ALLGEMEINE ZAHNHEILKUNDE

FACHPRAXIS FÜR IMPLANTOLOGIE, ORALCHIRURGIE UND PARODONTOLOGIE

ZERTIFIZIERTER TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT IMPLANTOLOGIE (DGI)

Für eine individuelle, auf Ihre Gesundheit abgestimmte Behandlung und Beratung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Auch wenn Sie diesen Bogen vor einiger Zeit bereits einmal ausgefüllt haben, bitten wir Sie, Ihre Angaben nochmals zu bestätigen. Bei Fragen wenden Sie sich gerne an unser Empfangspersonal oder direkt an Herrn Dr. Seidl. – Vielen Dank.

Name, Vorname Geburtsdatum Geburtsort

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Telefon Festnetz Telefon Arbeit Telefon Mobil

E-Mail Beruf, Arbeitgeber

Name und Ort Ihres Hausarztes

gesetzlich versichert privat versichert Basistarif

Name Ihrer Krankenkasse

beihilfeberechtigt Zahnzusatzversicherung vorhanden

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname Anschrift Geburtsdatum

1. MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja

Diese sind: (Gerne können wir auch Ihren Medikamentenplan kopieren)

Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS, Eliquis, Xarelto, Pradaxa, Plavix)? nein ja

Knochenstabilisierende Medikamente (sog. „Bisphosphonate“ in Tablettenform oder auch als ¼ jährliche Spritze, z.B. Alendronsäure (Fosamax®), Risedronsäure (Actonel®) oder Zolendronsäure (Zometa®)) nein ja

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen/Besonderheiten?

2. HERZ-KREISLAUFSYSTEM

hoher Blutdruck nein ja | niedriger Blutdruck nein ja | Herzschmerzen (Angina pectoris) nein ja

Herzinfarkt nein ja | Herzklappenfehler nein ja | Herzklappenersatz nein ja

Herzschrittmacher nein ja | Herzrhythmusstörungen nein ja | Endokarditisprophylaxe notwendig? nein ja

3. BLUT/DURCHBLUTUNG

Schlaganfall nein ja | Neigen Sie zu Nachblutungen bei Verletzungen? nein ja

Gerinnungsstörungen nein ja | Leukämie nein ja

4. STOFFWECHSEL

Zuckerkrankheit (Diabetes) nein ja Falls ja Typ 1 Typ 2 | insulinpflichtig? nein ja
Schilddrüsenunterfunktion nein ja | Schilddrüsenüberfunktion nein ja

5. NIEREN

Niereninsuffizienz nein ja | Dialyse nein ja

6. VERDAUUNGSTRAKT

Magen- o. Darmerkrankung nein ja | Morbus Crohn nein ja | Colitis ulcerosa nein ja

7. ATEMWEGE UND LUNGE

COPD nein ja

8. BEWEGUNGSAPPARAT

Osteoporose nein ja | Gelenkerkrankung (Arthritis, Arthrose) nein ja

9. NERVEN/GEMÜT

Epilepsie nein ja | Depressionen nein ja

10. ALLERGIEN

Antibiotika (z. B. Penicillin) nein ja | Latex nein ja | Jod nein ja
Pflaster nein ja | Sonstiges _____

11. INFEKTIONSKRANKHEITEN

Hepatitis A, B oder C nein ja | HIV/AIDS nein ja | Tuberkulose nein ja
Sonstiges _____

12. WEITERES

Schwangerschaft nein ja | Rauchen Sie? nein bis 10 Zigaretten/Tag über 10 Zigaretten/Tag

Haben sich jemals Komplikationen bei einer zahnärztlichen Betäubung ergeben? nein ja

Sonstiges _____

INFORMATIONEN ZUM ZAHNÄRZTLICHEN LOKALANÄSTHESIE - ANÄSTHESIEAUFKLÄRUNG

Die Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der Ausschaltung des Schmerzempfindens. Durch die örtliche Betäubung können zahnärztliche Behandlungen in aller Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die örtliche Betäubung ein äußerst sicheres Verfahren ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht absolut vermeidbar. In sehr seltenen Fällen kann es daher trotz größter Sorgfalt zu folgenden Komplikationen kommen: Allergische Reaktion, Spritzenabszess, Nerwerletzungen an Zunge und Lippe mit bleibendem Taubheitsgefühl, Selbstverletzung, etc. Bitte beachten Sie, dass es infolge der örtlichen Betäubung zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen kann und Ihre Verkehrstüchtigkeit dadurch eingeschränkt sein kann!

INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ:

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Mit den in der Praxis ausliegenden Datenschutzbestimmungen bin ich einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

Mit meiner Unterschrift stimme ich zum Therapiezwecke einer Fotodokumentation und einem Datenaustausch (Befunde, Röntgenbilder etc.) mit anderen Ärzten (z.B. überweisender Zahnarzt) zu. Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass zur Abrechnung nötige Unterlagen an Dritte (z.B. externe Abrechnungsbüros) weitergegeben werden dürfen. Selbstverständlich unterliegen diese Personen auch der Schweigepflicht.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle in diesem Anamnesebogen gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Vilshofen, den _____

Datum

Unterschrift Patient/Patientin bzw. Betreuer, Bevollmächtigter, Sorgeberechtigte/r

*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.