

Zahnarztpraxis
Dr. Alaa Aldeen ALHAMAD
Bahnhofstr. 3,
66706 Perl

Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und an Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, bitten wir Sie um die genaueste Beantwortung folgender Fragen. Legen Sie bitte ein Medikamentenplan bei, sowie Allergiepass, falls vorhanden.

Ihre Angaben werden **streng vertraulich** behandelt und unterliegen der **Schweigepflicht**.

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. _____

Versicherter (bei Minderjährigen/Vormund)

Name: _____ Vorname: _____ Geb. _____

Anschrift:

Straße, Haus-Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: Privat: _____ geschäftlich: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Röntgenaufnahmen:

Wurde in den letzten zwei Jahren eine Röntgenaufnahme von den Zähnen gemacht? Wenn ja, von wem? _____

Aufklärung über die Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie, auch örtliche Betäubung genannt, dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn, Mund, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden.

Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind sehr selten mögliche Komplikationen nicht ausgeschlossen.

ein kleines Hämatom (blauer Fleck) an der Einstichstelle oder Blutung der Einstichstelle, dies kann auch eine Beeinträchtigung der Mundöffnung oder Schmerzen hervorrufen.

bei einer Leitungsanästhesie, die im Unterkiefer stattfindet, kann es zu einer vorübergehenden Nervenbeeinträchtigung kommen, z.B. Taubheitsgefühl in einer in Verbindung mit Stress und Angst kann es zu Beeinträchtigung der Konzentration und Reaktionen kommen. Deshalb ist die Verkehrstüchtigkeit herabgesetzt.

Verletzungen an Zunge, Lippe, Wangen können Sie sich zufügen, während die Betäubung noch wirkt.

Bitte achten Sie auf Verbrennungen, Bissverletzungen und Erfrierungen.

Wenn Taubheitsgefühle länger als 12 Stunden anhalten, dann melden Sie sich bitte bei uns.

Datum, Unterschrift (*bei Minderjährigen/Vormund Unterschrift*)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
 auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren
 Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Das Praxisteam bittet
 Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw.
 zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen.
 Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen?

 Name, Vorname

 Geburtsdatum

Ja

Herz/Kreislauf:

- Herzfehler
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe
- Herzschrittmacher
- hoher oder
- niedriger Blutdruck
- Rhythmusstörungen
- Herzschwäche

oder _____

Gefäße:

- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern
- Thrombosen

oder _____

Atemwege/Lunge:

- Asthma
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- chronische Bronchitis
- Lungenblähung
- Schlafapnoe
- Schnarchen Sie?

oder _____

Leber:

- Gelbsucht
- Leberverhärtung
- Fettleber
- Gallensteine
- Hepatitis A B C

oder _____

Nieren:

- Dialysepflichtigkeit
- Nierenentzündung
- Nierensteine

oder _____

Magen, Darm:

- Geschwür
- Engstelle
- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Refluxkrankheit

oder _____

Stoffwechsel:

Zuckerkrankheit:

- Diabetes mellitus Typ I
- Diabetes mellitus Typ II
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- Kropf

oder _____

Skelettsystem:

- Gelenkerkrankungen
- Rücken-/
- Bandscheibenbeschwerden
- Muskelschwäche
- Muskelerkrankungen
- Fibromyalgie

oder _____

Nerven/Gemüt:

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände

oder _____

Augen:

- Grüner Star
- Grauer Star
- starke Einschränkung der Sehkraft
- Blindheit

oder _____

Blut:

- Gerinnungsstörungen
- auch bei Blutsverwandten
- häufiges Nasenbluten
- blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung
- Nachbluten nach Operationen

oder _____

Allergie:

- z.B. Heuschnupfen oder Überempfindlichkeit gegen
- Nahrungsmittel
- Fruchtzucker
- Medikamente
- Jod
- Pflaster
- Latex
- z.B. Luftballon, Radiergummi, Gummihandschuhe

oder _____

Sind Sie schwanger?

Welche Schwangerschaftswoche?

Immunschwäche:

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- AIDS

oder _____

Knochen:

- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zur Zeit mit Bisphosphonaten behandelt? Wegen welcher Erkrankung?

Wann? Mit welchem Präparat?

- Andere Erkrankungen oder Behinderungen?**

Rauchen Sie?

Wie viel durchschnittlich?

Trinken Sie gelegentlich Alkohol?

Regelmäßig? Wie viel?

Gerinnungshemmende Medikamente

Dauerhaft oder in den letzten Tagen z.B.
 Aspirin® ASS® Marcumar®
 Ticlopidin® Clopidogrel®
 Plavix®

oder _____

Regelmäßige Medikamente

- z.B. Blutdruck-/
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- „Antibabypille“
- Psychopharmaka
- Antidiabetika

welche _____

Zahnarztpraxis
Dr. Alaa Aldeen ALHAMAD
Bahnhofstr. 3.
66706 Perl

Honorarausfall bei versäumte Terminen

Da wir in letzter Zeit gemerkt haben, dass viele Patienten ihre Termine **nicht einhalten** und auch **nicht rechtzeitig absagen**, sind wir verpflichtet ein Ausfallhonorar einzuführen.

In der Zeit wo der Termin nicht eingehalten wird, können wir keine weiteren Patienten einbestellen, da unsere Kapazität auch begrenzt ist.

Dieses Honorar wird ihnen bei **nicht rechtzeitiger Absage** in Rechnung gestellt und ist eine reine Privatleistung. Der Rechnungsbetrag beträgt immer **100€ Pauschale**.

Bitte sagen sie uns den Termin spätestens **24 Stunden VOR** dem Termin ab. Dies können Sie telefonisch oder schriftlich an unsere E-Mail Adresse tun. Wenn die 24 Stunden auf einen Feiertag oder Wochenende fallen, teilen Sie uns die Absage, bitte per Email oder Per Brief mit.

Patienteninformation zum Datenschutz, Datenverarbeitung und Datenspeicherung:

Die EU-Datenschutzverordnung (DSVGO) ist ab dem 25.05.2018 in der gesamten EU anwendbar und sorgt für eine einheitliche Regelung zum Schutz von personenbezogenen Daten.

Ihre Daten benötigen wir um eine bestmögliche Behandlung garantieren zu können. Dazu gehört die Anamnese, Diagnosen, Therapievorschläge, Befunde (auch von anderen Ärzten/ZahnArzten) und einschließlich der Abrechnung.

Die Übermittlung Ihrer Daten wird nur in Ihrem Einverständnis gehandhabt. Die Empfänger können Dentallabore, Krankenkassen, KassenArztliche Vereinigung (KV), KassenzahnArztliche Vereinigung (KZV), ZahnArztekammer, Medizinischer Dienst, Versicherungen, Zusatzversicherungen, Abrechnungszentren (z. Bsp. AMIG), Mitbehandler, sowie Rechenzentrum DZR(Die Einverständniserklärung des Rechenzentrums DZR liegt Ihnen gesondert bei) sein.

Aufgrund der Aufbewahrungspflicht, werden Ihre Daten mindestens, nach Abschluss der Behandlung, 10 Jahre, bzw. Röntgenbilder/Aufzeichnungen 30 Jahre aufbewahrt.

Sie haben jederzeit das Recht die Einwilligungen zu widerrufen, jedoch in schriftlicher Form oder per E-Mail unter der Adresse **termine@zahnarztpraxis-ahamad.de**

Bei bereits bestehender Akte von Dr Huhnd Thomas, ist mit der Unterschrift zusätzlich die Übernahme, Einsicht und Verarbeitung der Akte von Ihnen bewilligt.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in unsere Praxisregelung und die Datenverarbeitung ein. Außerdem zeigen Sie uns damit, dass Sie alles gewissenhaft ausgefllt und verstanden haben.

Wir Danken für Ihre Mitarbeit und Ihr Verständnis

Patient: _____
Vorname Name geb. am

Vorname Name geb. am

Versicherter (bei Minderjährigen/Vormund):

Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen/Vormund Unterschrift)