



Anamnesebogen für Patienten

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

für die fachgerechte Einschätzung Ihrer individuellen Krankheitssituation sowie für die individuelle Therapieplanung sind Informationen über Begleiterkrankungen und bereits erfolgte Therapiemaßnahmen sehr wichtig. Wir bitten Sie daher, die nachfolgenden Fragen aufmerksam durchzulesen und so vollständig und so genau wie möglich zu beantworten. Eltern füllen den Bogen bitte stellvertretend für ihr Kind aus, gesetzliche Betreuer stellvertretend für den Patienten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Herzlichen Dank!

Persönliche Daten

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	
Krankenkasse:	
Telefon:	

Krankheitsanamnese

1.	Haben Sie / Ihr Kind Allergien? (Beispielsweise gegen lokale Betäubungsmittel (sog. Lokalanästhetika), Antibiotika, Medikamente, Latex, Metalle oder andere, wie z.B. Heuschnupfen?)
<input type="checkbox"/> ja, und zwar:	_____
<input type="checkbox"/> nein	_____

2.	Besteht bei Ihnen / Ihrem Kind eine verstärkte Blutungsneigung (z.B. sog. „Bluterkrankheit“)? Wenn ja, welche?
<input type="checkbox"/> ja, und zwar:	_____
<input type="checkbox"/> nein	_____



Anamnesebogen für Patienten

3.	Nehmen Sie / Ihr Kind gerinnungshemmende Medikamente bzw. Medikamente zur „Blutverdünnung“ ein? <i>Beispiele hierfür wären ASS (z.B. Aspirin®), Clopidogrel (z.B. Iscover®, Plavix®), Prasugrel (z.B. Eliquis®), Ticagrelor (z.B. Brilique®), Phenprocoumon (z.B. Marcumar®), Warfarin (z.B. Coumadin®), Rivaroxaban (z.B. Xarelto®), Dabigatran (z.B. Pradaxa®), Apixaban (z.B. Eliquis®) oder Spritzen zur Blutverdünnung (Heparin u.ä.) und andere.</i>
<input type="checkbox"/> ja, und zwar:	(Namen der Medikamente) _____ _____
<input type="checkbox"/> nein	_____ _____
4.	Ist bei Ihnen / Ihrem Kind eine Infektionskrankheit bekannt, z.B. Hepatitis, HIV oder andere? Wenn ja, welche?
<input type="checkbox"/> ja, und zwar:	_____ _____
<input type="checkbox"/> nein	_____ _____
5.	Haben oder hatten Sie / Ihr Kind schon einmal Herzkrankheiten wie Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen / Herzklappenersatz, Herzoperation oder Entzündungen am Herzen (Endokarditis, Myokarditis)? Wenn ja, welche?
<input type="checkbox"/> ja, und zwar:	_____ _____
<input type="checkbox"/> nein	_____ _____
6.	Besteht bei Ihnen / Ihrem Kind eine Erkrankung, die zu einer Beeinträchtigung des Immunsystems führt? Hierzu zählen u.U. auch Erkrankungen, die die Einnahme von Medikamenten erfordern, die das Immunsystem beeinträchtigen, wie z.B. Autoimmunerkrankungen oder Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis.
<input type="checkbox"/> ja, und zwar:	(Name(n) der Krankheit(en) bzw. Medikamente) _____ _____
<input type="checkbox"/> nein	_____ _____
7.	Besteht bei Ihnen / Ihrem Kind eine bösartige Erkrankung (z.B. Krebserkrankung, schwere Blutbildveränderung) bzw. eine Tumorerkrankung? Wenn ja, welche?
<input type="checkbox"/> ja, und zwar:	_____ _____
<input type="checkbox"/> nein	_____



Anamnesebogen für Patienten

8.	Bestehen eine Osteoporose oder Knochenmetastasen? (Bitte entsprechende Medikamente weiter unten angeben!)
<input type="checkbox"/> ja, und zwar:	_____
<input type="checkbox"/> nein	_____
9.	Bestehen andere chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus)?
<input type="checkbox"/> ja, und zwar:	_____
<input type="checkbox"/> nein	_____
10.	Besteht eine psychische Erkrankung? Wenn ja, welche?
<input type="checkbox"/> ja, und zwar:	_____
<input type="checkbox"/> nein	_____
11.	Besteht eine Drogeneinnahme oder Alkoholismus? Wenn Drogeneinnahme besteht: Welche Substanzen und in welcher Form (Tabletten, Spritzen, inhalativ etc.) werden eingenommen?
<input type="checkbox"/> ja, und zwar:	(Name der Substanz(en), ggf. Applikationsform)
<input type="checkbox"/> nein	_____
12.	Nehmen Sie / Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja , welche?
<input type="checkbox"/> ja, und zwar:	_____
<input type="checkbox"/> nein	_____

13.	Für Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht eine Schwangerschaft?
<input type="checkbox"/> ja	_____
<input type="checkbox"/> nein	_____

Lokalanästhesie

1. Wünschen Sie eine Behandlung mit lokaler Betäubung (Lokalanästhesie)?

Die Lokalanästhesie ist ein Verfahren zur Ermöglichung einer schmerzfreien Zahnbehandlung. Bei der Lokalanästhesie wird mit einer Spritze ein Betäubungsmittel in das Gewebe im Mund-/Kieferbereich eingebracht. Es handelt sich um ein sehr sicheres und regelmäßig angewendetes Routineverfahren. Trotzdem sind Restrisiken nicht mit letzter Sicherheit auszuschließen und wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, Sie hierüber aufzuklären. Mögliche, seltene Komplikationen sind:

(bitte wenden)



Anamnesebogen für Patienten

- *Blutung / Hämatombildung: Durch Verletzung kleiner Blutgefäße kann es zu einer Einblutung in das Gewebe kommen. Dies kann auch noch einige Stunden nach der Behandlung zu einer Schwellung und Schmerzen führen. Das Risiko einer Hämatombildung ist bei Patienten mit einer starken „Blutverdünnung“ deutlich erhöht. Auch eine eingeschränkte Mundöffnung ist je nach Lage und Größe durch das Hämatom möglich. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Abheilung. Das reine Gefühl einer Schwellung kann jedoch auch durch die Betäubung selbst hervorgerufen werden und klingt wieder ab.*
- *In sehr seltenen Fällen kann es zu einer Nervenverletzung kommen. Eine Nervenverletzung kann zu vorübergehenden oder dauerhaften Gefühlsstörungen führen. Eine spezielle Behandlung ist in diesem Fall nicht möglich, es besteht aber die Chance auf eine spontane Heilung, die in diesem Fall abgewartet werden muss.*
- *Allergische Reaktion auf das Anästhetikum oder einen der enthaltenen Hilfsstoffe bis hin zu einem anaphylaktischen Schock. Allergische Reaktionen sind selten und Allergien meistens bekannt, so dass das Allergen vermieden werden kann. Es gibt jedoch im Einzelfall schwerwiegende Reaktionen, die sich innerhalb weniger Minuten zu einem lebensbedrohlichen Schock entwickeln können, der einen Notarzteinsatz und eine sofortige Krankenseinweisung nötig macht.*
- *Im Einzelfall Auslösung von Herzrhythmusstörungen. Zur Vermeidung von Blutungen ist dem Lokalanästhetikum oft Adrenalin zugesetzt. Wird hiervon zuviel in die Blutbahn eingeschwenkt, kann es zu einer Steigerung des Blutdrucks und der Herzfrequenz kommen. Bei Patienten mit einer Herzkrankheit kann dies zu Herzrhythmusstörungen oder zu einem Angina-Pectoris-Anfall führen. Auch lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen oder ein Herzinfarkt sind dann nicht mit letzter Sicherheit auszuschließen.*
- *Jede Art des invasiven Eingriffs, auch „nur“ die Injektion mit einer Nadel, birgt die Gefahr einer Infektion. Zur Vermeidung wird zwar steril gearbeitet, jedoch befinden sich im Mundraum immer zahlreiche Bakterien. Eine Wundinfektion durch die Lokalanästhesie ist sehr selten, kann aber dann zu einem Abszess (Eiteransammlung) führen, der in manchen Fällen chirurgisch versorgt werden muss. Je nach Lage des Abszesses kann ebenfalls die Mundöffnung beeinträchtigt werden.*

Wir raten eindringlich davon ab, bis zum vollständigen Abklingen der Betäubung nach der Behandlung zu essen, zu trinken und zu rauchen, da Sie sich ansonsten im Bereich der betäubten Areale (in der Regel Kiefer, Zunge, Wangen) aufgrund der fehlenden Kontrolle und des fehlenden Schmerzempfindens unbemerkt selbst verletzen können. Auch Verbrennungen (z.B. durch Zigaretten und heiße Getränke) sind möglich. Der Kontrollverlust über die Lippenmuskulatur kann zudem dazu führen, dass Getränke nicht im Mund behalten werden können. Die Betäubung kann kurz nach der Behandlung abgeklungen sein, aber auch mehrere Stunden anhalten. Sie klingt grundsätzlich vollständig wieder ab.

Ich wünsche in der Regel eine Behandlung in örtlicher Betäubung.

Ich lehne die Behandlung in örtlicher Betäubung in der Regel ab.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die obigen Angaben vollständig und wahrheitsgemäß getätigt habe. Ich habe die Aufklärung zur Lokalanästhesie gelesen, verstanden und habe keine weiteren Fragen mehr. Mir ist bewusst, dass falsche oder fehlende Angaben zu einem erhöhten Risiko für das Auftreten von Komplikationen führen können.

Essen, den _____

Datum, Unterschrift



Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Cordula Deckers und Andreas Jänich
Von-Ossietzky-Ring 9, 45279 Essen
Telefon: (0201) 534 134, Telefax: (0201) 536 862 7

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.



Patienteninformation zum Datenschutz

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf
Tel.: 0211/38424-0
Fax: 0211/38424-10
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam