

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie uns gerne fragen.

| Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? | ja | nein | Falls Sie mit "ja" antworten: bitte ggf. ergänzende Antworten eintragen |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 1 Allergie (welche?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2 Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3 Atemwegserkrankungen (welche?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4 Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5 Diabetes (welcher Typ?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 6 Glaukom (erhöhter Augendruck) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 7 Hämatologische Erkrankungen (Erkrankung blutbildender Organe) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 8 Herz-Kreislauf-Erkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 8.1 Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 8.2 Koronare Herzkrankheit/ Angina pectoris | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 8.3 Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 8.4 Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 8.5 Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 8.6 Herzklappenfehler/-ersatz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 8.7 erhöhter Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 8.8 verminderter Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 8.9 Mangeldurchblutung des ZNS/Apoplex | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 9 Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 9.1 Hepatitis (welche?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 9.2 Immundefizienz-Syndrom (AIDS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 10 Lebererkrankungen (welche?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 11 Magen-Darm-Erkrankungen (welche?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 12 Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 12.1 Chronische Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 12.2 Dialyse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 13 Osteoporose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 14 Rheumatoide Arthritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 15 Schilddrüsenerkrankungen (welche?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 16 Tumorerkrankungen (welche?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 17 Frühere Operationen? (welche?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 18 Haben Sie Angst vor der Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 19 Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Monat: _____ |
| 20 Rauchen Sie? (wieviele pro Tag?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 21 letzte Röntgenuntersuchung (Welcher Körperteil wurde geröntgt?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 22 Nehmen Sie Medikamente? (welche?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Aufklärung über Lokalanästhesie

Mir ist bekannt, dass mit einer Betäubungsspritze Risiken und Nebenwirkungen verbunden sein können. Es können in deren Folge Blutergüsse, Schleimhautnekrosen, Gefäß- und Nervverletzungen eintreten. Nervverletzungen können speziell im Bereich des Nervus lingualis und des Nervus mandibularis auftreten. Die Folge wären zeitweise bis dauerhafte Gefühlsverluste im Bereich der Zunge, des Geschmacks, der Unterkieferseite und /oder der Unterlippenseite.

Ich werde hiermit darauf hingewiesen, dass meine Fahrtüchtigkeit im Straßenverkehr unter dem Einfluss von Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4 bis 6 Stunden beeinträchtigt sein kann. Ich stimme trotzdem einer ggf. notwendigen Schmerzausschaltung mit Lokalanästhesie zu.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Coesfeld, den _____

Unterschrift _____

Alle Ihre Daten sind für uns streng vertraulich und werden selbstverständlich nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben.