



Zentrum für Ästhetisch-rekonstruktive Zahnmedizin

Hauptstraße 45 · 63303 Dreieich  
Tel. (06103) 99 56 000 · Fax (06103) 99 56 003  
[info@smiledentity.de](mailto:info@smiledentity.de) · [www.smiledentity.de](http://www.smiledentity.de)

## Anmeldebogen mit Anamnese

Datum

### Herzlich Willkommen bei smileDentity

Wir freuen uns, dass Sie unser Zentrum für Ästhetisch-rekonstruktive Zahnmedizin aufgesucht haben und uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Um eine gewissenhafte Behandlung durchführen zu können, benötigen wir vorab noch ein paar wichtige aktuelle Gesundheitsinformationen. Denn einige Erkrankungen können Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie Ihrem Behandler mögliche Änderungen jeweils vor Behandlungsbeginn mitzuteilen um mögliche Gefährdungen Ihrer Gesundheit ausschließen zu können.

Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Optimierung Ihrer Behandlung. Bei Fragen hilft Ihnen das smileDentity Team selbstverständlich gerne weiter.

### Patienten- und Kontaktdaten

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
pflichtversichert: ja / nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?  
Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wer soll die Rechnung erhalten?  
Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja / nein

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  
\_\_\_\_\_

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche?

---

Haben Sie einen Allergiepass?	ja / nein
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? Wenn ja, welche?	ja / nein
Haben Sie eine Lungenerkrankung bzw. Asthma?	ja / nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen?	ja / nein
Haben Sie eine Bluterkrankung?	ja / nein
Nehmen Sie Marcumar, ASS oder andere Blutverdünner?	ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung z.B (Herzfehler, Herzinfarkt,...)	ja / nein
Haben Sie Bluthochdruck?	ja / nein
Haben Sie niedrigen Blutdruck?	ja / nein
Sind Sie HIV positiv?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis B?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis C?	ja / nein
Haben Sie andere Infektionskrankheiten wie z.B. Tuberkulose?	ja / nein
Haben Sie Diabetes?	ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung?	ja / nein
Haben Sie eine Nierenerkrankung?	ja / nein
Haben Sie eine Nasen-/ Nebenhöhlenerkrankung?	ja / nein
Leiden Sie unter Epilepsie?	ja / nein
Haben oder hatten Sie eine Krebskrankung? Wenn ja welche und wann?	ja / nein
Haben Sie eine Nervenerkrankung z.B Depression, multiple Sklerose...?	ja / nein
Haben Sie erhöhten Augeninnendruck(grünen Star) oder Engwinkelglaukom?	ja / nein
Haben Sie sonstige Erkrankungen? Wenn ja welche?	ja / nein
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	ja / nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche?	ja / nein
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?	ja / nein
<u>Für unsere weiblichen Patienten:</u> Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?	ja / nein
<u>Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?</u>	
Haben Sie Zahnschmerzen?	ja / nein
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja / nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	ja / nein
Sind Ihre Zähne gelockert?	ja / nein
Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?	ja / nein
Hatten Sie jemals eine "Kiefervermessung"?	ja / nein
Fand eine Röntgenuntersuchung statt?	ja / nein
Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen?	ja / nein
Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?	ja / nein
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?	ja / nein
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	ja / nein
Möchten Sie an unserem SMS-Recallservice teilnehmen?	ja / nein
Oder möchten Sie lieber per EMAIL an Ihren Termin erinnert werden?	ja / nein

**AUFKLÄRUNG ÜBER DIE ZAHNÄRZTLICHE LOKALANÄSTHESIE**

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer und Gesichtsbereich. Durch Sie können die notwendigen Behandlungen (wie z.B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerv) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesie möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie) in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (Intraligamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nerven (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar. Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

**HÄMATOM (BLUTERGUSS)** : Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umliegende Gewebe eintreten. Bei Blutungen in einem der Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch Infektionen kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt darüber informieren , damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

**NERVENSCHÄDIGUNG** : Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte, Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann. Hier gibt es derzeit keine spezielle Therapie. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht maximal nach 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie Ihren Zahnarzt.

**VERKEHRSTÜCHTIGKEIT** : Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist primär nicht auf das Medikament, sondern vielmehr auf den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung sowie der lokalen Irritation zurückzuführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

**SELBSTVERLETZUNG** : Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgehenden Weichteile (z.B. Zunge, Wangen, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich! Ausschließlich bei konsiliarischen Untersuchungen und Therapien, die natürlich nur der Optimierung Ihrer Behandlung und Gesundheit dienen, entbinden Sie uns mit Ihrer Unterschrift der Schweigepflicht.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Die Aufklärungen habe ich verstanden und meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Wenn sich mein Gesundheitszustand ändern sollte, teile ich es unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit.

**Dreieich, den xx.xx.xxxx**

\_\_\_\_\_  
Toni Mustermann