



Praxis für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie | Oralchirurgie

Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Dr. Matthias Brückner | Dr. Martin Brückner, M.Sc. | Dr. Marcus Karapetow | ZÄ Janina Dimow

Praxis für Ästhetische Zahnheilkunde

Tätigkeitsschwerpunkt Implantatprothetik

Dipl.-Stom. Gundi Brückner | Dr. Hannes Brückner | ZÄ Teresa Selle | Dr. Viktoria Vaal

Bismarckstraße 7, 01257 Dresden

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Wenn Sie uns aufsuchen, benötigen wir von Ihnen verschiedene Angaben und persönliche Daten. Es ist sehr wichtig zu wissen, worauf wir bei Ihnen achten müssen damit wir Sie optimal versorgen können.

Ihre Praxis Dr. Brückner

Personalien

Patient/in _____

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versicherte/r _____

Name, Vorname

O Vater / Mutter

O Ehegatte

Geburtsdatum

Adresse _____

Straße, Hausnummer

PLZ Wohnort

Telefon: _____

Festnetz

Handy

E-Mail: _____

Betreuer/in (falls vorhanden) _____

Telefon-Nr. Betreuer/in _____

Bitte **Ausweis** vorlegen.

Krankenkasse _____

Versicherungsstatus

o gesetzlich versichert

o pflichtversichert

o freiwillig

o private Zusatzversicherung

o privat versichert

o vollversichert

o Beihilfe

o Basistarif

Bonusheft vollständig: o 5 Jahre; o 10 Jahre

Beruf _____

Pflegegrad _____

Zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Schmerzausschaltung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können zahnärztliche Eingriffe in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung darstellt, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht gänzlich auszuschließen. Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen: Hämatom (Bluterguss), Nervschädigung (vorübergehend oder äußerst selten dauerhaft), eingeschränkte Verkehrstüchtigkeit, Selbstverletzung (solange die Betäubung anhält).

Ich habe die Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie gelesen und verstanden.

Datenschutz/Schweigepflichtsentbindung

Der Umgang mit Ihren persönlichen Daten ist uns sehr wichtig. Als Arztpraxis lässt es sich nicht umgehen persönliche Daten zu erheben und auch zu speichern, um eine optimale Versorgung zu ermöglichen. Die aktuell geltende Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) liegt bei uns in der Praxis zu Ihrer Einsicht aus.

Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

(Für Patient/in: Nicht zutreffendes bitte streichen)

1. Übermittlung an Dentallabor
2. Übersendung von Arztbriefen, Befunden, Röntgenbildern an ärztliche Kollegen
3. Anfertigung von Foto- und Videoaufnahmen zur Dokumentation, Verlaufskontrolle, Qualitätssicherung, Vorträge
4. Recallsystem / Terminerinnerung
5. Zusendung von Praxisinformationen

durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7, Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7, Abs.3 Satz2 DSGVO).

Ich entbinde die Ärztinnen/Ärzte der Praxis Brückner bis zu einem jederzeit möglichen Widerruf von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber mitbehandelnden externen Ärztinnen und Ärzten. Ich erkläre mich einverstanden, dass in diesem Zusammenhang Befunde, Diagnostik, Therapien, etc. mitgeteilt werden.

Dresden, den _____ Unterschrift _____

X

Anamnesebogen

Patient/in: _____ Geb.-Datum: _____



Erkrankungen und Medikamente aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben oder vom Zahnarzt besondere Maßnahmen erfordern. Deswegen bitten wir Sie die folgenden Fragen sorgfältig und ausführlich zu beantworten.

Wir sind Ihnen als Praxisteam selbstverständlich gern beim Ausfüllen behilflich.

Befinden Sie sich momentan in allgemeinärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, weshalb? _____

Behandelnder Arzt: _____ Anschrift/Tel.: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen.

Herzerkrankungen	ja	nein	Gefäßerkrankung	ja	nein
Herzschwäche (<i>Insuffizienz</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörung (<i>Herz, Hals, Bein</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose (<i>Wann?: _____</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall (<i>Wann?: _____</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenentzündung (Endokarditis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankung des Nervensystems		
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie (<i>letzter Anfall, wann?: _____</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Morbus Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Störung der Blutgerinnung		
			Anämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Blutungsneigung (<i>z.B. Hämophilie</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Einnahme von gerinnungshemmenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Medikamenten: o Falithrom, o ASS, o Eliquis, o Xarelto		
			andere Blutverdünner: _____		
			Falls sie einen Ausweis besitzen, bitte vorlegen.		
			Allergien		
			Antibiotika (<i>welche? _____</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Lokalanästhesie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Andere Allergien _____		
			Bitte legen sie ihren Allergiepass vor.		
			Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Medikamente (<i>welche?: _____</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Spritzen / Infusionen beim Orthopäden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Glaukom (grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Weitere Erkrankungen (bitte ergänzen)		

Medikamente?: _____

Falls Sie einen **Medikamentenplan** besitzen, so legen sie diesen bitte vor.

Weitere Angaben

Bei Frauen: Sind sie schwanger? (SSW: _____) Sind oder waren sie drogenabhängig?

Rauchen Sie? Haben Sie ein Hörgerät?

Mehr als 10 Zigaretten am Tag? Letzte Röntgenaufnahme im Kopfbereich? _____

(Für Neupatienten*innen bei Erstvorstellung angeben.)

Erklärung

Ich habe diesen Anamnesebogen gelesen, verstanden und versichere, dass ich alle Angaben nach meinem eigenen aktuellen Kenntnisstand gemacht habe. Zu meiner näheren Information hatte ich Gelegenheit Fragen zu stellen. Ich verpflichte mich, Änderungen, die sich während der Behandlung ergeben, dem behandelnden Arzt unverzüglich mitzuteilen.

Dresden, den _____

Unterschrift _____ **X**