Zentrum für kieferchirurgische ZahnImplantologie
ZKI Am Löwenplatz in Rüsselsheim
Dr.med.Dr.med.dent.L.Mago
Mund,-Kiefer und Gesichtschirurgie
drdrlaslomago@t-online.de
Bahnhofstr.23
65428 Rüsselsheim
Tel: 06142/14044



Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Wurzelbehandlungen, Extraktionen,

Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und an Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, bitten wir Sie um die

Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem

Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (wie z. B. Füllungen,

Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern

(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 u. a. zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatom (Bluterguss):

Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen 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.

Nervschädigung:

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 oder

Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet

werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach max. 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

Selbstverletzung:

Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (z. B. Zunge, Wange, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte,

solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen

möglich.

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

Die Aufklärung habe ich verstanden und meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Datum Unterschrift v. Patient/Erziehungsberechtigte/r

Bitte wenden! □□□ Bitte wenden! □□□

teilnehmen.
Rüsselsheim,
Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?
Haben Sie Zahnschmerzen? Nein□/ Ja□ Blutet Ihr Zahnfleisch? Nein□/ Ja□
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? Nein \Box / Ja \Box Sind Ihre Zähne gelockert? Nein \Box / Ja \Box
Haben Sie Kiefergelenksschmerzen? Nein□/ Ja□ Haben Sie Angst vor der Behandlung? Nein□/ Ja□
Haben Sie herausnehmbaren Zahnersatz? Nein□/ Ja□ Wurden Röntgenbilder erstellt? Nein□/ Ja□
Möchten Sie in regelmäßig an eine Kontrolluntersuchung (Recall) erinnert werden? Nein \Box / Ja \Box
Möchten Sie Informationen über außervertragliche Leistungen
(Implantate, Inlays, Bleaching, professionelle Zahnreinigung, Narkose) Nein \Box / Ja \Box
Medizinische Befunderhebung
Besteht, bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?
Allergie (welche) Nein / Ja , welche?
Atemwegserkrankungen Nein□/ Ja□, welche?
Blutgerinnungsstörungen Nein□/ Ja□, welche?
Diabetes (welcher Typ) Nein□/ Ja□ □Typ I □Typ II
Anfallsleiden (Epilepsie) Nein□/ Ja□
Schilddrüsenerkrankung Nein \Box / Ja \Box \Box Überfunktion \Box Unterfunktion \Box Anderes
Erhöhter Augendruck (Glaukom) Nein Ja
Herz-, Kreislauferkrankungen Nein□/ Ja □Herzinsuffizienz
□Angina Pectoris □Herzinfarkt
□Herzrhythmusstörungen □Herzklappenfehler/-ersatz
□Durchblutungsstörungen □Schlaganfall (Apolex)
□erhöhter Blutdruck (Hypertonie) □verminderter Blutdruck (Hypotonie)
Erkrankungen der blutbildenden Organe
(hämatologische Erkrankungen) Nein□/ Ja□
Infektionskrankheiten Nein \Box / Ja \Box \Box TBC \Box Immunmangel-Syndrom (AIDS)
□Hepatitis A □Hepatitis B □Hepatitis C
Lebererkrankungen Nein□/ Ja□
Magen-, Darmerkrankungen Nein□/ Ja□
Nierenerkrankungen Nein \square / Ja \square \square chron. Niereninsuffiezienz \square Dialyse
Rheumaerkrankungen Nein
Tumorerkrankungen Nein \square / Ja \square
Osteoporose Nein / Ja

Sonstige Erkrankungen Nein 🗆 / Ja 🗆		
Nehmen Sie Bisphosphonate ein? Nein \Box / Ja \Box		
(z. B. Didronel-Kit, Ostac, Bonefos, Skelid, Aredia, Fosamax, Acto	onel, Bondronat, Zometa)	
Rauchen Sie? Nein□/ Ja□	Zigaretten pro Tag	
Besteht eine Schwangerschaft? Nein \Box / Ja \Box		Monat
Welche Medikamente nehmen Sie ein? Nein \Box / Ja \Box		
Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher		
Behandlung? Nein□/ Ja□		
Name des Arztes:		
Tel. des Arztes:		

Datum Unterschrift, (bei Minderjährigen ein Erziehungsberechtigter)