



**Birkenmeier:**  
 Nadja Birkenmeier  
 Zahnärztin  
 Schkeuditzer Str. 33  
 06231 Bad Dürrenberg  
 03462-80606  
 www.zahnarztpraxis-birkenmeier.de



# Anamnese

Name: \_\_\_\_\_ jetziges Alter: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Zutreffendes ankreuzen**

- ja **Erkrankungen des Herzens**  
 nein
- ja **Blut-, Kreislaufkrankungen**  
 nein
- ja **Stoffwechselkrankheiten**  
 nein
- ja **Schilddrüsenerkrankungen**  
 nein
- ja **Hörprobleme oder Taubheit**  
 nein
- ja **Atemwegserkrankungen**  
 nein
- ja **Leber- oder Nierenerkrankungen**  
 nein
- ja **Anfallsleiden, Nervenerkrankungen**  
 nein
- ja **Infektionskrankheiten**  
 nein
- ja **Nimmt Ihr Kind Medikamente?**  
 nein
- ja **Allergien oder Arzneimittel-unverträglichkeiten**  
 nein
- ja **Sehschwäche, Glaukom**  
 nein

**Zutreffendes unterstreichen**

- Herzfehler, Endokarditis, Operationen, Herzinsuffizienz, Herpass?
- Gerinnungsstörungen, Bluthochdruck, niedriger Blutdruck, Nachblutungen
- Diabetes
- Überfunktion, Unterfunktion
- Asthma
- Epilepsie, Migräne, Spastik
- Herpes, Hepatitis, HIV, Tbc, Kinderkrankheiten
- Tabletten, Tropfen, Spritzen, Inhalation, **bitte angeben**
- bitte angeben**, ggf. Allergieausweis vorlegen

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <b>Lernschwäche, Aufmerksamkeitsprobleme, geistige Verzögerung</b> |  |
| <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <b>Fehlende Impfungen</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | <b>Sonstige Erkrankungen, Operationen, Unfall</b>                  |  |

Unterschrift Erziehungsberechtigter \_\_\_\_\_

- Mutter
- Vater
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**BITTE WENDEN --->**

### Einverständniserklärung für Lokalanästhesie

Einige Behandlungen machen eine örtliche Betäubung (Lokalanästhesie) notwendig. Hierbei werden Nervenendäste (Infiltrationsanästhesie) oder der Nervenstamm (Leitungsanästhesie) mit einem Betäubungsmittel umspritzt und das entsprechende Versorgungsgebiet betäubt. Dabei kann es in seltenen Fällen zu einer Schädigung der Nerven kommen, die zu Gefühlsstörungen in Lippe oder Zunge führen kann, die sich nach einiger Zeit jedoch wieder zurückbilden können. Weiter Komplikationen und Risiken sind Allergien auf Betäubungsmittel, Herz-Kreislauf-Störungen, Hämatom, Einschränkung der Fahrtüchtigkeit und der Bedienung von Maschinen, erhöhte Selbstverletzungsgefahr während der Wirkdauer. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei mir eine Lokalanästhesie durchgeführt wird. Weitergehende Fragen meinerseits wurden hinreichend beantwortet und bestehen nicht mehr.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Einverständniserklärung Datenschutz

Für die Wartung der Behandlungsdaten, Vergabe von Aufträgen an zahntechnische Labors, die bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Hausärzten, Therapeuten, vor-, nach-, unterstützend und notbehandelnden Zahnärzten und gesetzlichen Krankenkassen kann eine Einsicht oder Weitergabe von Daten oder Röntgenbildern notwendig sein. Wir bitten Sie um Ihr Einverständnis. Die Weitergabe von Daten an andere Personen (z. B. Versicherungen) bedarf natürlich einer gesonderten Schweigepflichtsentbindung.

Ich erkläre mich mit der Weitergabe der Daten in diesen Fällen einverstanden und mir ist bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich wünsche eine Kopie dieser Einverständniserklärung

### Für Neupatienten

Was ist der Grund für den heutigen Besuch? \_\_\_\_\_

Atmet Ihr Kind viel durch den Mund (nachts)?  ja  nein

War Ihr Kind schon einmal bei einem anderen Zahnarzt  ja  nein

Wenn ja:

Wurden in letzter Zeit Röntgenbilder von Zähnen durchgeführt?  ja  nein

Hat Ihr Kind schon schlechte Erfahrungen mit Zahnärzten gemacht?  ja  nein

Haben Sie oder Ihr Partner Zahnarztangst?  Ja  nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Bekannte/Familie  Internet  Telefonbuch  Notdienst  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wünschen Sie einen Erinnerungsservice (telefonische Erinnerung an halbjährliche Kontrolltermine)

ja  nein

| Datum Aktualisierung | Änderungen | Unterschrift Erziehungsberechtigter |
|----------------------|------------|-------------------------------------|
|                      |            |                                     |
|                      |            |                                     |
|                      |            |                                     |