

Elmar Ludwig

26. DGAZ-Jahrestagung in Nauen

Workshop Anamnesebogen für Senioren

Ziel des Workshops war es, Fragen herauszuarbeiten, die für die Behandlung von Senioren besondere Bedeutung haben. Das Ergebnis ist ein Anamnesebogen, der sich in drei Teile gliedert.



Abb. 1 Workshopleiter Dr. Elmar Ludwig mit den Teilnehmern beim gemeinschaftlichen Zusammenstellen des Aufnahmebogens.

Im 1. Teil stehen die allgemeinen Erkrankungen im Mittelpunkt. Neben Organerkrankungen, Diabetes, neurologischen Leiden sowie Unverträglichkeiten und Allergien sind auch Osteoporose, Rheuma, Krebs sowie Fragen nach künstlichen Gelenken und Schrittmachern von Interesse.

Wussten Sie schon? Ab Oktober 2016 ist für jeden Patienten, der mehr als drei Medikamente verschrieben bekommt, die Erstellung einer Medikamentenliste durch den Arzt vorgeschrieben und diese wird konkret abgefragt. Darüber hinaus ist es sinnvoll, nach weiteren regelmäßigen Medikamenteneinnahmen zu fragen, die nicht ärztlich verordnet wurden.

Schließlich werden noch andere behandlungsrelevante Erkrankungen abgefragt: Inkontinenz, Magen-Darm-Probleme, spezielle Kreislaufprobleme, z. B. verbunden mit Schwindelsympto-

men, Hör- bzw. Seheinschränkungen, die trotz Hörgerät bzw. Brille Probleme bereiten, Rücken-Gelenkschmerzen, chronische Schmerzen irgendwo im Körper, Unruhe in den Beinen (Restless-Legs-Syndrom), Tinnitus, Muskelschwäche, Gedächtnisprobleme, Stimmungsschwankungen, Ängste, Suchterkrankungen (Rauchen Alkohol, Betäubungsmittel, Drogen), ansteckende Erkrankungen (HIV, Tuberkulose, Hepatitis, MRSA). Diese Erkrankungen sind den betroffenen Menschen nicht selten peinlich und werden daher nicht konkret einzeln abgefragt. Der Patient ist aber darauf vorbereitet und vor der Behandlung kann hier unter vier Augen nochmals persönlich nachgefragt werden.

Der 2. Teil des Fragbogens hat die Mundgesundheit, die bisherigen Mundpflege-Gewohnheiten und die eigentliche zahnärztliche Behandlung

im Fokus. Gibt es ein akutes Problem mit den Zähnen oder Prothesen? Besteht Leidensdruck aufgrund Mundtrockenheit oder beim Schlucken? Wir wollen wissen, ob gesunde Zähne sehr wichtig sind oder ob es genügt, keine Schmerzen zu haben. Gibt es einen Hauszahnarzt und war professionelle Zahnreinigung bisher ein Thema? Welche Versorgungen sind bereits im Mund: eigene Zähne, Kronen bzw. Brücken, Implantate und/oder Prothesen? Welche Pflegemittel sind bekannt und vertraut? Liegt ein Bonusheft, Implantatpass, Röntgenpass oder sogar Zahnpflegepass vor? Manchmal ist es für Senioren wichtig, dass Personen oder auch Dinge des Vertrauens beim Zahnarztbesuch mit dabei sein sollen, und nicht selten haben Patienten – meist aufgrund ihrer Erkrankungen – eine bevorzugte Uhrzeit, zu der sie in die Praxis kommen möchten. Wir möchten auch gerne wissen, ob es in der Vergangenheit zu Zwischenfällen, etwa

im Rahmen der Anästhesie, gekommen ist. Schließlich kann es hilfreich sein zu wissen, ob ein Patient auf Gehhilfen angewiesen ist, damit man ihn z. B. schon am Hauseingang abholen und in die Praxis begleiten kann, wenn die Praxis nicht ohne Schwellen erreichbar ist.

Im 3. Teil werden besondere Aspekte bei Pflegebedürftigkeit abgefragt. Für den Besuch in einer Pflegeeinrichtung ist es zum Beispiel hilfreich zu wissen, auf welcher Station und in welchem Zimmer die Patienten wohnen. Kenntnis über die Pflegestufe, einen Schwerbehindertenausweis und ggf. auch Eingliederungshilfe ist vor allem wichtig für die Abrechnung und die Ausstellung eventuell notwendiger Transportscheine. Die Kontakte bezüglich der gesetzlichen Betreuung, der Ansprechpartner in der Pflege und Angehöriger sind für alle zahnärztlichen Betreuungsmaßnahmen zwingend nötig. Angaben zur Biografie können bei bestehender Demenz den Zugang und

Umgang erleichtern. Einschätzungen zur Mobilität, Kommunikationsfähigkeit, Kooperationsfähigkeit, speziell dem demenziellen Status sowie Größe und Gewicht lassen bereits im Vorfeld erkennen, ob zunächst ein Hausbesuch indiziert und unnötige aufwendige Transporte auf diese Weise vermeidbar sind. Besteht eine Betreuung, wird an die Vorlage des Betreuungsausweises nochmals gesondert erinnert.

Der Fragenkatalog wurde als offene Liste zur Übertragung einzelner Aspekte in die Anamnese-Instrumente der eigenen Praxis abgefasst. Darüber hinaus ist auch eine fertige DGAZ-Version erstellt worden.

Dr. Elmar Ludwig

DGAZ-Landesbeauftragter Baden-Württemberg
E-Mail: elmar.ludwig@dgaz.org

Patienten – Aufnahmebogen

Deutsche Gesellschaft
für AlterszahnMedizin



Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____ geb. _____

Anschrift: _____

Telefon privat/mobil: _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

Krankenversicherung: _____ Zusatzvers. Beihilfe Basistarif

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Ärzte, die häufig aufgesucht werden (Fachrichtung/Name/Ort): _____

Hausarzt: _____

Allgemeinerkrankungen	ja	nein	Allgemeinerkrankungen	ja	nein
• Herzerkrankung, Herzpass? O			• Nieren-Blasen-Erkrankung		
• Blutgefäße/Blutdruck			• Lebererkrankung		
• Blut-Gerinnungsstörungen			• Lungenerkrankung		
• Schlaganfall			• Schilddrüsenerkrankung		
• Diabetes/Blutzucker			• Multiple Sklerose		
• Osteoporose			• Parkinson		
• Rheuma/Polyarthritits/Gicht			• Epilepsie		
• Krebserkrankung			• Künstliche Gelenke		
• Bestrahlung im Kopf-Hals Bereich			• Schrittmacher		
• Chemotherapie					
Haben Sie von Ihrem Hausarzt eine Liste Ihrer Medikamente bekommen?					
Nehmen Sie sonstige Medikamente ein, die der Arzt nicht verordnet hat?					
Leiden Sie an Allergien/Unverträglichkeiten					
(Lebensmittel, Medikamente, Latexhandschuhe, sonstige)? – Allergiepass? O					
Gibt es Dinge, die wir wissen sollten? Z. B. Inkontinenz, Magen-Darm-Probleme, Kreislaufprobleme-Schwindel, Höreinschränkungen-Hörgerät, Seheinschränkungen-Brille, Rücken-Gelenkschmerzen, chronische Schmerzen irgendwo im Körper, Unruhe in den Beinen (Restless-Legs-Syndrom), Tinnitus, Muskelschwäche, Gedächtnisprobleme, Stimmungsschwankungen, Ängste, Suchterkrankungen (Rauchen Alkohol, Betäubungsmittel, Drogen, ...), ansteckende Erkrankungen (HIV, Tuberkulose, Hepatitis, MRSA, ...)					
Rauchen Sie? Wenn ja: ca. _____ Zigaretten/Tag					
Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?					

Patienten – Aufnahmebogen

Deutsche Gesellschaft
für Alterszahnmedizin



Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Fragen zur Mundgesundheit/Mundpflege/zahnärztlichen Behandlung	
Was ist passiert, was führt Sie zu uns? Haben Sie Probleme mit den Zähnen / Prothesen?	
Leiden Sie unter Mundtrockenheit? _____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Können Sie gut und ohne Schmerzen schlucken? _____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wie wichtig sind Ihnen gesunde Zähne?	
<input type="checkbox"/> sehr wichtig <input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> ich will kauen können <input type="checkbox"/> ich will nur keine Schmerzen haben	
Hauszahnarzt (ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>) – professionelle Zahnreinigung? (_____ / J), letzter Besuch? _____	
Versorgung: eigene Zähne <input type="checkbox"/> Kronen/Brücken <input type="checkbox"/> Implantate <input type="checkbox"/> Prothese: oben <input type="checkbox"/> unten <input type="checkbox"/>	
Pflegemittel/Gewohnheiten:	
<input type="checkbox"/> Zahnbürste	<input type="checkbox"/> elektrisch
<input type="checkbox"/> Zahnseide	<input type="checkbox"/> Zahnzwischenraumbürste
<input type="checkbox"/> Zahnprothesenbürste	<input type="checkbox"/> Haftcreme
<input type="checkbox"/> Zahnpasta	<input type="checkbox"/> Reinigungstabletten für Prothesen
<input type="checkbox"/> Prothesen nachts im Mund?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bonusheft? <input type="checkbox"/> Implantatpass? <input type="checkbox"/> Röntgenpass? <input type="checkbox"/> Zahnpflegepass?	
Gibt es Menschen oder Dinge, die dabei sein sollen, wenn Sie zu uns kommen?	
Gibt es Menschen, die Sie bei der Mundpflege unterstützen können?	
Zu welcher Tageszeit möchten Sie am liebsten zu uns kommen?	
Hatten Sie schon einmal Probleme bei einer Zahn-Behandlung (Spritze, ...)?	
Sind Sie auf eine Gehhilfe angewiesen? (<input type="checkbox"/> Stöcke <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl)	

Bitte beachten Sie, dass nach zahnärztlicher Behandlung, insbesondere unter Lokalanästhesie, die Reaktionsfähigkeit und damit die Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigt sein kann.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um Absage mind. 24 h vorher, ansonsten können Ihnen die Ausfallkosten berechnet werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____



Patienten – Aufnahmebogen

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Deutsche Gesellschaft
für AlterszahnMedizin



Zusatzfragen bei Pflegebedürftigkeit ...
Bei wohnhaft in einer Pflegeeinrichtung – Wohnbereich/Zimmer: <input type="checkbox"/> Pflegestufe _____ mit Pflegebescheid <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe mit Bescheid
Gesetzliche Betreuung/Vollmacht (Name, Telefon, Fax)
Ansprechpartner Pflege (Name, Telefon)
Angehöriger bzw. Kontaktperson (Name, Telefon)
Biografie: Beruf / Hobbys
<input type="checkbox"/> Mobilität ohne Einschränkung <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> liegend
Kommunikationsfähigkeit (+ / O / -)
Kooperationsfähigkeit (+ / O / -)
Demenz: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Größe _____ Gewicht _____
Bei Betreuung/Vollmacht Betreuerausweis/Vollmacht & Personalausweis bitte mitbringen!

Bitte beachten Sie, dass nach zahnärztlicher Behandlung, insbesondere unter Lokalanästhesie, die Reaktionsfähigkeit und damit die Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigt sein kann.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um Absage mind. 24 h vorher; ansonsten können Ihnen die Ausfallkosten berechnet werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____