



ANMELDUNG UND FRAGEN ZUR GESUNDHEIT

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENT/KONTAKTDATEN/BERUF

Name	Vorname	geb.
Mitglied/Name	Vorname	geb.
Straße/Nr.	PLZ/Ort	
Telefon	Mobil	Email
		Fax
Arbeitgeber	Anschrift	
Telefon	Beruf	

KRANKENKASSE/VERSICHERUNG

Ihre Krankenkasse

Versicherung gesetzlich

pflichtversichert Ja Nein
freiwillig versichert Ja Nein

Zusatzversicherung Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Versicherung privat

vollversichert Ja Nein
Standardtarif Ja Nein

Beihilfen Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung von _____ Überweisung von _____
 Anzeige Internet Telefonbuch Sonstiges _____

Wir möchten Sie gerne in unser Recallsystem aufnehmen, um den Erfolg der durchgeführten Behandlung langfristig zu sichern.

Ja, ich wünsche diesen Service, bitte informieren Sie mich bei künftigen Terminen per E-Mail SMS Post

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, entsteht in unserer Praxis Leerlauf. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden, bei Terminen, die für 2 Stunden oder länger angesetzt sind, mindestens 48 Stunden vorher, abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand und der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Terminsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es in seltenen Fällen zu Zeitverzögerungen kommen. Sie werden dann umgehend informiert.

Gibt es Fragen oder Probleme beim Ausfüllen des Formulars? Dann helfen wir Ihnen gerne weiter.

WICHTIGER HINWEIS: Teilen Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit!

Datum

Unterschrift



LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Viele Beschwerden (Kopfschmerzen, Muskelverspannungen, Kiefergelenksprobleme) haben ihre Ursache in einer gestörten Funktion des Kauorgans. Sie werden zwischen diesen Beschwerden und Ihren Zähnen meist keinen direkten Zusammenhang erkennen. Eine gründliche zahnärztliche Untersuchung beinhaltet jedoch, dass wir diesen Beschwerden nachforschen, um ihre Ursache zu finden. Dabei beschränken wir uns nicht auf Ihre Zähne und Ihren Kiefer, sondern beziehen alle einwirkenden Systeme ein. Das Praxisteam bittet Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen. Haben oder hatten Sie Beschwerden – wie in der Frage angesprochen – kreuzen Sie bitte immer „Ja“ oder „Nein“ an.

IHR BEHANDLUNGSWUNSCH

Sie werden von uns über die entstehenden Kosten vorab informiert, um die Bezuschussung mit Ihrem Kostenträger abzuklären.

Ich lege größten Wert auf:

- Funktion Ästhetik Langlebigkeit
- Ich möchte möglichst kostengünstig im Rahmen meiner Erstattung versorgt werden, auch wenn dies manche moderne Behandlungsmethode ausgrenzt. Sie klären mich über die Einschränkungen auf.
- Ich wünsche mir die bestmögliche Behandlung und bin bereit, für über die Erstattung hinausgehende Untersuchungen selbst die Kosten zu tragen.

ZU IHRER GESUNDHEIT

BEWERTUNG DURCH DEN ZAHNARZT

- Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____
- Was wurde gemacht? _____
- Haben Sie Beschwerden, wenn Sie kauen? Ja Nein _____
- Ist irgendein Zahn besonders empfindlich? Ja Nein _____
- Stört ein Zahn beim Schließen, Kauen oder Schlucken? Ja Nein _____
- Pressen oder knirschen Sie unbewusst auf Ihren Zähnen? Ja Nein _____
- Schmerzt es bei weiter Mundöffnung, großem Biss oder beim Gähnen? Ja Nein _____
- Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? Ja Nein _____
- Auf welcher Seite? links rechts _____
- Haben Sie manchmal Schmerzen im Ohrenbereich? Ja Nein _____
- vor dem Ohr hinter dem Ohr im Ohr _____
- Leiden Sie an Kopfschmerzen? Ja Nein _____
- morgens mittags abends _____
- Leiden Sie unter Verkrampfungen oder Ziehen? Ja Nein _____
- Kopfbereich Nackenbereich Hals _____
- Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund? Ja Nein _____
- Müssen Sie einen Platz suchen, um die Zähne richtig zu schließen? Ja Nein _____

HERZ/KREISLAUF

- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzfehler | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzmuskelentzündung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzklappenentzündung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
- Sonstiges _____

GEFÄSSE

- | | | |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Krampfadern | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Thrombosen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
- Sonstiges _____

ATEMWEGE/LUNGE

- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Asthma | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lungenentzündung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lungenblähung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlafapnoe | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schnarchen Sie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
- Sonstiges _____

LEBER

- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leberverschärkung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Fettleber | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gallensteine | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
- A B C
- Sonstiges _____

NIEREN

- | | | |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Dialysepflichtigkeit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nierenentzündung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nierensteine | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
- Sonstiges _____

MAGEN/DARM

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Geschwür | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Engstelle | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Verdauungsstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Refluxkrankheit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
- Sonstiges _____

STOFFWECHSEL/ZUCKERKRANKHEIT

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Diabetes mellitus Typ I | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Diabetes mellitus Typ II | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kropf | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
- Sonstiges _____

SKELETTSYSTEM

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Gelenkerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rückenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bandscheibenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Muskelschwäche | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
- Sonstiges _____

NERVEN/GEMÜT

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Krampfanfälle (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lähmungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Depressionen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Angstzustände | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Waren/Sind Sie in
psychotherapeutischer Behandlung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie an Kopfschmerzen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
- Sonstiges _____

AUGEN

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Grüner Star (Glaukom) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Grauer Star (Katarakt) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| starke Einschränkung
der Sehkraft | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Blindheit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
- Sonstiges _____

BLUT

- Gerinnungsstörungen
- bei sich selbst Ja Nein
- bei Blutsverwandten Ja Nein
- häufiges Nasenbluten Ja Nein
- blaue Flecken schon nach leichten Berührungen Ja Nein
- Nachbluten im Anschluss an Operationen Ja Nein
- Sonstiges _____

IMMUNSCHWÄCHE

- Einnahme von Cortison Ja Nein
- Organtransplantation Ja Nein
- HIV-positiv/AIDS Ja Nein
- Sonstiges _____

SCHWANGERSCHAFT

- Sind Sie schwanger? Ja Nein
- Schwangerschaftswoche? _____

ALLERGIEN

- Antibiotika/Penicillin Ja Nein
- Lokalanästhetika Ja Nein
- Latex (z.B. Luftballons) Ja Nein
- Heuschnupfen oder Überempfindlichkeiten Ja Nein
- Andere _____

RÖNTGEN

- Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Ja Nein

KNOCHEN

- Leiden Sie unter Osteoporose? Ja Nein
- Wurden bzw. werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt? Ja Nein
- Wegen welcher Erkrankung? _____
- Wann? _____

SPORTAKTIVITÄTEN

- Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja Nein
- Wenn ja, welchen? _____
- _____
- _____

NIKOTIN/ALKOHOL

- Rauchen Sie? Ja Nein
- Wieviel durchschnittlich? _____
- Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol? Ja Nein
- Wieviel durchschnittlich? _____

GERINNUNGSEHMENDE MEDIKAMENTE

- Aspirin®/ASS® Ja Nein
- kürzlich dauerhaft
- Marcumar® Ja Nein
- kürzlich dauerhaft
- Ticlopidin® Ja Nein
- kürzlich dauerhaft
- Clopidogrel® Ja Nein
- kürzlich dauerhaft
- Sonstiges _____

REGELMÄSSIGE MEDIKAMENTE *

- Blutdruckmedikamente Ja Nein
- Herzmedikamente Ja Nein
- Schmerzmittel Ja Nein
- „Antibabypille“ Ja Nein
- Psychopharmaka Ja Nein
- Antidiabetika Ja Nein
- Sonstiges _____

* (Bitte Medikamentenliste oder Beipackzettel mitbringen)

FRÜHERE OPERATIONEN

- Wenn ja, welche? _____
- _____
- _____

Name

Straße

Ort

Telefon

AKTUELLE BEHANDLUNGEN

Grund/Art der Behandlung?

Mein Facharzt (Name, Ort)

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 Trigemini (einem Hirnnerv) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung 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 umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskel 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 maximal 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 umgebenden Weichteile (z.B. Zunge, Wangen, 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. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

Datum

Unterschrift

WIR DANKEN FÜR DIE BEANTWORTUNG DER FRAGEN. Ihre Zahnarztpraxis Dr. Diana Awender