


Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis!

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.

	Vor- und Zuname	Geboren am
---	-----------------	------------

	Kontaktdaten	Notizen der Praxis
Anschrift		
Telefon	Mobil	
E-Mail		

	Beruf/Arbeitgeber	
Beruf		
Arbeitgeber	Telefon	
Anschrift		

	Krankenversicherung	
Krankenkasse	Mitgliedsnr.	
gesetzlich versichert		
pflichtversichert	freiwillig versichert	
Zusatzversicherung/Wenn ja, welche?		
privat versichert		
vollversichert	Basistarif	
Beihilfe/Wenn ja, welche?		

HINWEIS

Wir möchten Ihnen lange Wartezeiten ersparen. Daher planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie daher, mindestens **24 Stunden**, bei Terminen, die für 2 Stunden oder länger angesetzt sind, mindestens **48 Stunden** vorher, abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine 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 Verzögerungen kommen. Sie werden dann umgehend informiert.

	Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?	
Empfehlung von		
Überweisung von		
Medien	Zeitschriftenwerbung	Internet
Telefonbuch	Sonstiges: ...	

	Datum und Unterschrift
---	------------------------

Warum sind diese Angaben für den Erfolg Ihrer Behandlung von Nutzen?


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. Haben oder hatten Sie Beschwerden wie in der Frage angesprochen, kreuzen Sie bitte immer „ja“ oder „nein“ an.




Teilen Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor Ihrer nächsten Behandlung mit!

 Angaben zu Ihrer Zahngesundheit	Ergänzungen der Praxis	
Haben Sie irgendwann 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
<input type="checkbox"/> auf der linken Seite <input type="checkbox"/> auf der rechten Seite		
Haben Sie manchmal Schmerzen im Ohrenbereich?	ja	nein
<input type="checkbox"/> vor dem Ohr <input type="checkbox"/> hinter dem Ohr <input type="checkbox"/> im Ohr		
Leiden Sie an Kopfschmerzen?	ja	nein
<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends		
Leiden Sie unter Verkrampfungen oder Ziehen?	ja	nein
<input type="checkbox"/> Kopfbereich <input type="checkbox"/> Nackenbereich <input type="checkbox"/> 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

 Recall-Service
Wir bieten unseren Patienten einen kostenlosen Erinnerungsservice (Recall) für zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen an. Dies ist u.a. hilfreich, um Ihren Bonus bei der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu verlieren. Möchten Sie an unserem Recall teilnehmen?
<input type="checkbox"/> Brief <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> E-Mail (Bitte vervollständigen Sie die entsprechenden Angaben unter Ihren Kontaktdaten!)

 Herz / Kreislauf	ja	nein
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmuskelentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Skelettsystem / Knochen	ja	nein
Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandscheibenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden bzw. werden Sie zurzeit mit		
Bisphosphonaten behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen welcher Erkrankung?		
Welches Präparat?		
Wann?		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Gefäße / Blut

Schlaganfall	ja	nein
Durchblutungsstörungen	ja	nein
Thrombosen	ja	nein
Gerinnungsstörungen	ja	nein
Häufiges Nasenbluten	ja	nein
Blaue Flecken nach leichten Berührungen	ja	nein
Sonstiges		



Leber

Gelbsucht	ja	nein
Hepatitis A B C	ja	nein
Sonstiges		



Magen / Darm

Geschwür	ja	nein
Refluxkrankheit	ja	nein
Sonstiges		



Stoffwechsel / Zuckerkrankheit

Diabetes mellitus Typ I	ja	nein
Diabetes mellitus Typ II	ja	nein
Schilddrüsenunterfunktion	ja	nein
Schilddrüsenüberfunktion	ja	nein
Sonstiges		



Nerven / Gemüt

Krampfanfälle (Epilepsie)	ja	nein
Depressionen	ja	nein
Angstzustände	ja	nein
Psychotherapeutische Behandlung	ja	nein
Kopfschmerzen	ja	nein
Sonstiges		



Immunschwäche

Einnahme von Cortison	ja	nein
Organtransplantation	ja	nein
HIV-positiv / AIDS	ja	nein
Sonstiges		



Nikotin / Alkohol

Rauchen Sie?	ja	nein
Wieviel durchschnittlich?		
Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol?	ja	nein
Wieviel durchschnittlich?		



Lunge / Atemwege

Asthma	ja	nein
Lungenentzündung	ja	nein
Tuberkulose	ja	nein
Chronische Bronchitis	ja	nein
Schlafapnoe	ja	nein
Schnarchen Sie?	ja	nein
Sonstiges		



Nieren

Dialysepflichtigkeit	ja	nein
Nierenentzündung	ja	nein
Sonstiges		



Augen

Grüner Star (Glaukom)	ja	nein
Grauer Star (Katarakt)	ja	nein
Sonstiges		



Allergien

Heuschnupfen oder Überempfindlichkeiten	ja	nein
Fruchtzucker	ja	nein
Medikamente	ja	nein
Pflaster	ja	nein
Latex (z.B. Luftballons o.a.)	ja	nein



Regelmäßige Medikamente

Aspirin® / ASS®	kürzlich	dauerhaft	nein
Marcumar®	kürzlich	dauerhaft	nein
Blutdruckmedikamente		ja	nein
Schmerzmittel		ja	nein
„Antibabypille“		ja	nein
Psychopharmaka		ja	nein
Antidiabetika		ja	nein
Sonstiges			



Schwangerschaft

Sind Sie schwanger?	ja	nein
Schwangerschaftswoche		



Röntgen

Kopf-Kiefer-Zahnbereich im letzten Jahr	ja	nein
---	----	------



Andere Erkrankungen oder Behinderungen

Wenn ja, welche?



Ihr Hausarzt

Name

Anschrift

Telefon

Fax

E-Mail

Aktuelle Medikamenteneinnahme



Weitere aktuelle Behandlungen

Behandelnder 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.

Es kann 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 in Folge 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 immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.



Datum und Unterschrift