

## 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 der ärztlichen Schweigepflicht.**

Seite 1 von 5

2017

Nachname	Vorname (Patient)	Geburtsdatum	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Telefon privat	Telefon mobil	Telefon geschäftlich	Fax
E-Mail	Beruf	Arbeitgeber	
Name der Versicherung / Krankenkasse		Zusatzversicherung (bei Kassenpatient)	

Wir sind 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 vorher abzusagen bzw. das unverschuldete Nichterscheinen nachzuweisen. 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 Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es in seltenen Fällen zu Zeitverzögerungen kommen, Sie werden dann umgehend informiert.

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?** \_\_\_\_\_

**Zu welchem Behandler möchten Sie?**  Dr. J. Hilger  ZÄ J. König  ZÄ Fr. Lier

### Liebe Patientin, lieber Patient,

auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Viele Beschwerden (Kopfschmerzen, Muskelverspannungen usw.) haben ihre Ursache in einer gestörten Funktion des Kauorgans. Sie werden meist zwischen diesen Beschwerden und Ihren Zähnen sicherlich keinen Zusammenhang sehen. Eine gründliche zahnärztliche Untersuchung beinhaltet jedoch, dass wir diesen Beschwerden nachforschen, um ihre Ursache zu finden. Das Praxisteam bittet Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen.

	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Haben Sie Beschwerden wenn Sie kauen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ist irgendein Zahn besonders empfindlich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Pressen oder knirschen Sie auf den Zähnen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schmerzt es bei weiter Mundöffnung, großem Biss oder beim Gähnen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? Wenn ja, auf welcher Seite?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

## Seite 2

- Haben Sie manchmal Schmerzen im Ohrenbereich?  Ja  Nein
- Leiden Sie an Kopfschmerzen?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Verkrampfung oder Ziehen? Kopfbereich, Nackenbereich, Hals  Ja  Nein
- Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund?  Ja  Nein

---

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? \_\_\_\_\_

Wann wurden die letzten Röntgenbilder beim Zahnarzt angefertigt? \_\_\_\_\_

Was wurde bei Ihrem letzten Zahnarztbesuch für eine Behandlung durchgeführt \_\_\_\_\_

### **Herz/Kreislauf:**

- Herzfehler  Ja  Nein
- Angina pectoris  Ja  Nein
- Herzinfarkt  Ja  Nein
- Herzmuskelentzündung  Ja  Nein
- Herzklappenentzündung  Ja  Nein
- Künstliche Herzklappe  Ja  Nein
- Herzschrillmacher  Ja  Nein
- Erhöhter Blutdruck  Ja  Nein
- Niedriger Blutdruck  Ja  Nein
- Rhythmusstörungen  Ja  Nein
- Herzschwäche  Ja  Nein

### **Nieren:**

- Dialysepflichtigkeit  Ja  Nein
- Nierenentzündung  Ja  Nein
- Nierensteine  Ja  Nein

### **Magen/Darm:**

- Geschwür  Ja  Nein
- Verdauungsstörung  Ja  Nein
- Sodbrennen  Ja  Nein

### **Stoffwechsel/Zuckerkrankheit:**

- Diabetes mellitus Typ I  Ja  Nein
- Diabetes mellitus Typ II  Ja  Nein
- Schilddrüsenunterfunktion  Ja  Nein
- Schilddrüsenüberfunktion  Ja  Nein

### **Skelettsystem:**

- Gelenkerkrankungen  Ja  Nein
- Rückenbeschwerden  Ja  Nein
- Bandscheibenbeschwerden  Ja  Nein
- Muskelschwäche  Ja  Nein
- Muskelerkrankung  Ja  Nein

### Seite 3

#### Nerven/Gemüt:

- Krampfanfälle (Epilepsie)  Ja  Nein  
Lähmungen  Ja  Nein  
Depressionen  Ja  Nein  
Angstzustände  Ja  Nein

#### Augen:

- Grüner Star  Ja  Nein  
Grauer Star  Ja  Nein  
Starke Einschränkung der Sehkraft  Ja  Nein  
Blindheit  Ja  Nein

#### Blut:

- Gerinnungsstörung  Ja  Nein  
Häufiges Nasenbluten  Ja  Nein  
Nachbluten bei Operationen  Ja  Nein

#### Immunschwäche:

- Einnahmen von Cortison  Ja  Nein  
AIDS  Ja  Nein

#### Allergie:

- Heuschnupfen  Ja  Nein  
Nahrungsmittel  Ja  Nein  
Fruchtzucker  Ja  Nein  
Medikamentenallergie  Ja  Nein wenn ja, welche??? \_\_\_\_\_  
Jod  Ja  Nein  
Pflaster  Ja  Nein  
Latex  Ja  Nein  
Sonstige Allergien \_\_\_\_\_

#### Gefäße:

- Schlaganfall  Ja  Nein  
Durchblutungsstörungen  Ja  Nein  
Krampfadern  Ja  Nein  
Thrombosen  Ja  Nein

#### Leber:

- Gelbsucht  Ja  Nein  
Leberverhärtung  Ja  Nein  
Fettleber  Ja  Nein  
Gallensteine  Ja  Nein  
Hepatitis A B C  Ja  Nein

#### Atemwege/Lunge:

- Asthma  Ja  Nein  
Lungenentzündung  Ja  Nein  
Tuberkulose  Ja  Nein  
Chronische Bronchitis  Ja  Nein

## Seite 4

Schnarchen Sie?  Ja  Nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?  Ja  Nein

### **Schwangerschaft:**

Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

Welche Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Ja  Nein  
Wie viel durchschnittlich?

Trinken Sie gelegentlich Alkohol?  Ja  Nein  
Regelmäßig? Wie viel?

Regelmäßige Medikamente? Für was? und welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?  Ja  Nein  
Welche? (ASS, Marcumar etc.)

### **Mein Hausarzt ist:**

**Name** \_\_\_\_\_

**Straße** \_\_\_\_\_

**Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**Fax** \_\_\_\_\_

### **Einverständniserklärung**

Möchten Sie den Erinnerungsservice unserer Praxis in Anspruch nehmen? Sie werden dann in regelmäßigen Abständen an einen Nachsorge-Termin zur allgemeinen Kontrolluntersuchung bzw. zur professionellen Zahnreinigung erinnert.

**JA**, ich wünsche den Erinnerungsservice

**NEIN**, ich möchte den Erinnerungsservice nicht in Anspruch nehmen.

**Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.**

## 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 Trigemimus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinen Nervenfasern (infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intragamentäre 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 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. Dieses 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 (wie z.B. Zunge, Wange, Lippe) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

### Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. | <input type="checkbox"/> Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden. |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.                                   | <input type="checkbox"/> Ich möchte dies jeweils Individuell entscheiden.         |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte nur bei schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.         |   |

---

Datum

Unterschrift