

## Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliches

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Tel. Festnetz \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse / private Krankenversicherung \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert  ja  nein Zusatzversicherung  ja  nein

privat versichert  ja  nein beihilfeberechtigt  ja  nein Basistarif  ja  nein

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

### Wer ist Ihr Hausarzt?

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

### Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Vielen Dank dafür!

### Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

### In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen  Telefon- / Branchenbuch  Zeitungsanzeige

Überweisung von \_\_\_\_\_

Internet, über die Seite \_\_\_\_\_  Sonstiges \_\_\_\_\_

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten?  ja  nein

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?  ja  nein

## Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

- Routinekontrolle
  - neuen Zahnersatz
  - Beratung
  - „zweite Meinung“
  - Schmerzbehandlung
  - andere Gründe:
- 

**Haben Sie akute Schmerzen?**  ja  nein

## Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

## Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- Kreislaufs  ja  nein
- Leber  ja  nein
- Nieren  ja  nein
- Schilddrüse  ja  nein
- Magen-Darm-Traktes  ja  nein
- Gelenke (Rheuma)  ja  nein
- Wirbelsäule  ja  nein

## Haben oder hatten Sie ...

- hohen Blutdruck  ja  nein
- niedrigen Blutdruck  ja  nein
- Diabetes  ja  nein
- Zahnfleischbluten  ja  nein
- Ohrensausen / Tinnitus  ja  nein
- Osteoporose  ja  nein
- Epilepsie  ja  nein
- Grünen Star  ja  nein
- Tuberkulose  ja  nein
- HIV (Aids)  ja  nein
- Hepatitis  ja  nein
- Wenn ja, welcher Typ?  A  B  C
- Allergien  ja  nein
- Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_
- eine Gelenkprothese  ja  nein  
(z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk)
- Wenn ja, wo genau? \_\_\_\_\_

## Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

---

## Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

- Stents
- Bypass
- Herzschrittmacher
- Herzinfarkt
- Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe
- Angina Pectoris
- \_\_\_\_\_

## Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente
  - Cortison (Kortikoide)
  - Schmerzmittel
  - Antidepressiva
  - blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
  - andere Medikamente:
- 

## Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

- ja  nein

Wenn ja, gegen welche?

---

## Für unsere Patientinnen

- Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

## Zum Schluss

- Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein
- Rauchen Sie?  ja  nein

## Fragen / Anmerkungen:

---

---

Datum

Unterschrift

## 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:

**Nervenschädigung:** 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.

## Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Liebe Patientin, lieber Patient,

wir bieten Ihnen eine hohe Terminalsicherheit. 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.

Zusätzlich haben wir in unserer Praxis ein Recallsystem für Ihre Kontroll- und Prophylaxe-Termine eingerichtet. Kreuzen Sie bitte an in welcher Form Sie von uns regelmäßig an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden möchten.

Ich möchte meine Recall-Erinnerung als  Brief  E-Mail  SMS erhalten.

Ich möchte keine Recall-Erinnerung erhalten

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift