

ANMELDUNG & FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist nicht nur für eine adäquate, sondern auch für eine risikofreie Behandlung wichtig. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.



ZAHNGESUNDHEIT
BADEN - BADEN

| Patient | | |
|---------|---------|------|
| Name | Vorname | Geb. |

| Mitglied | | |
|----------|---------|------|
| Name | Vorname | Geb. |

| Kontaktdaten | | |
|--------------|-----|------------|
| Straße | | Hausnummer |
| Ort | | PLZ |
| Tel. | Fax | Mobil |
| Email | | |

| Beruf / Arbeitgeber | |
|---------------------|------|
| Arbeitgeber | Tel. |
| Anschrift | |
| Beruf | |

| Krankenkasse | |
|----------------------|--|
| Ihre Krankenkasse | |
| Ihre Mitgliedsnummer | |

| Wir wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? | |
|---|--|
| Auf Empfehlung von | |
| Durch Überweisung von | |
| <input type="checkbox"/> Zeitschriftenwerbung | <input type="checkbox"/> Telefonbuch <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |

Teilen Sie uns bitte Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit.

Da wir immer bemüht sind, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin einmal nicht wahrnehmen, entsteht in unserer Praxis ein Leerlauf. Wir bitten Sie deshalb, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden, bei Terminen, die für zwei Stunden oder länger angesetzt sind, mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Wir behalten uns vor, nicht abgesagte Termine nach Zeitaufwand und geplanter Behandlung in Rechnung zu stellen.

Bitte bedenken Sie, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Terminsystem mit eingebunden werden müssen. Dadurch kann es in seltenen Fällen zu Zeitverzögerungen kommen. Sie werden dann umgehend informiert.

Bei Fragen oder Problemen beim Ausfüllen des Formulars steht Ihnen unser Praxisteam gerne zur Verfügung.

Datum

Unterschrift

Auch im Rahmen einer zahnmedizinischen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Viele Beschwerden, zum Beispiel: Kopfschmerzen, Muskelverspannungen oder Kiefergelenksprobleme, haben ihre Ursache in einer gestörten Funktion des Kauorgans.

Meist werden Sie zwischen diesen Beschwerden und Ihren Zähnen keinen direkten Zusammenhang erkennen. Eine gründliche zahnärztliche Untersuchung beinhaltet jedoch, dass wir diesen

Beschwerden nachgehen, um ihre Ursachen zu finden. Dabei beschränken wir uns nicht nur auf Ihre Zähne und Ihren Kiefer. Wir beziehen alle einwirkenden Faktoren mit ein.

Wir bitten Sie daher, den nachfolgenden Fragebogen sorgfältig zu lesen und zu beantworten und wenn erforderlich, zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen. Vermeiden Sie hierbei bitte jegliche eigene Interpretation der Fragen

| Versicherung gesetzlich | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| pfllichtversichert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zusatzversicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| | | |
| | | |

| Versicherung privat | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| vollversichert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Standardtarif | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beihilfe | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| | | |
| | | |

Notizen

ANMELDUNG & FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Ihr Behandlungswunsch

Ich möchte möglichst kostengünstig, soweit wie möglich innerhalb meiner Bezuschussungsrichtlinien versorgt werden, auch wenn dies manche moderne Behandlungsmethoden ausgrenzt.
Bitte klären Sie mich über die wichtigsten Einschränkungen auf.

Ich wünsche mir im Rahmen meiner Möglichkeiten eine moderne Betreuung durch Ihre Praxis. Ich bin bereit, für meine über die Bezuschussungsrichtlinien hinausgehende Untersuchung, Diagnose und ausführliche Beratung privat zuzahlen. Dafür möchte ich einen auf mich individuell zugeschnittenen Behandlungsplan unter wirtschaftlichen und fachlichen Kriterien.

Ich wünsche mir von Ihnen eine Behandlung und Betreuung nach allen Regeln der Kunst. Ich möchte über die entstehenden Kosten vorab informiert sein, um die Bezuschussung mit meinem Kostenträger abzuklären.

Am wichtigsten sind mir

Funktion Ästhetik

Langlebigkeit

Zu Ihrer Gesundheit

Bewertung durch den Zahnarzt

| | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Haben Sie Beschwerden wenn Sie kauen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Ist ein Zahn besonders empfindlich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Stört ein Zahn wenn Sie Ihren Mund schließen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Stört ein Zahn beim Kauen oder Schlucken? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Haben Sie Schmerzen bei weiter Mundöffnung, bei großem Biss oder beim Gähnen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Pressen Sie unbewusst Ihre Zähne zusammen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Knirschen Sie unbewusst mit Ihren Zähnen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? Wenn ja, auf welcher Seite? <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Haben Sie manchmal Schmerzen im Ohrenbereich? <input type="checkbox"/> vor dem Ohr <input type="checkbox"/> hinter dem Ohr <input type="checkbox"/> im Ohr | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Leiden Sie an Kopfschmerzen? <input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Leiden Sie unter Verkrampfungen oder Ziehen? <input type="checkbox"/> Kopfbereich <input type="checkbox"/> Nackenbereich <input type="checkbox"/> Hals | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Müssen Sie einen Platz suchen, um die Zähne richtig zu schließen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

Anmerkungen

Okklusalex

| | |
|--|--|
| Welche Medikamente nehmen Sie gegen die angeführten Zustände? | |
| Hatten Sie nach einem Unfall jemals Beschwerden im Kopfbereich oder im Nacken? | |
| Beeinflussen die Beschwerden Ihr Wohlbefinden oder Ihre Schaffenskraft? | |
| Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? | |
| Was wurde gemacht? | |
| Vermuten Sie eine ernste Störung oder Erkrankung? | |
| Halten Sie eine Behandlung für notwendig? | |
| Hatten sie früherer Operationen Wenn ja, welche? | |

ANMELDUNG & FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

| | | |
|---|--|--|
| Herz / Kreislauf | Gefäße | Atemwege / Lunge |
| Herzfehler <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schlaganfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Asthma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Angina pectoris <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Lungenentzündung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzinfarkt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Krampfadern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Tuberkulose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzmuskelentzündung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Thrombosen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzklappenentzündung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sonstiges: | Lungenblähung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| künstliche Herzklappe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Nieren | Schlafapnoe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschritmacher <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Dialysepflichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schnarchen Sie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Nierenentzündung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sonstiges: |
| niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Nierensteine <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Stoffwechsel / Zuckerkrankheiten |
| Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sonstiges: | Diabetes mellitus Typ I <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschwäche <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Magen / Darm | Diabetes mellitus Typ II <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstiges: | Geschwür <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schilddrüsenunterfunktion <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Leber | Engstelle <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schilddrüsenüberfunktion <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Gelbsucht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Verdauungsstörungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Kropf <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Leberverhärtung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sodbrennen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sonstiges: |
| Fettleber <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Refluxkrankheit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Skelettsystem |
| Gallensteine <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sonstiges: | Gelenkerkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Immunschwäche | Rückenbeschwerden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstiges: | Einnahme von Cortison <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Bandscheibenbeschwerden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Nerven / Gemüt | Organtransplantationen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Muskelschwäche <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Krampfanfälle (Epilepsie) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | HIV-positiv <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Fibromyalgie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Lähmungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sonstiges: | Sonstiges: |
| Depressionen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Röntgen | Augen |
| Angstzustände <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer- Zahnbereich geröntgt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Grüner Star (Glaukom) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie in psychothera- peutischer Behandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wann? | Grauer Star (Katarakt) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie häufiger an Kopfschmerzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sonstiges: | starke Einschränkung der Sehkraft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstiges: | Knochen | Blindheit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Blut | Wurden bzw. werden Sie zur Zeit mit Bisphospho- naten behandelt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sonstiges: |
| Gerinnungsstörungen bei sich selbst: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wegen welcher Erkrankung? | Allergien |
| bei Blutsverwandten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wann? | Heuschnupfen oder Überempfindlichkeiten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Häufiges Nasenbluten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Mit welchem Präparat? | Fruchtzucker <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| blaue Flecken schon nach leichten Berührungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sonstiges: | Medikamente <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Nachbluten im Anschluss an Operationen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | Jod <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstiges: | | Pflaster <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | | Latex (z. B. Luftballons) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | | Sonstiges: |
| Weitere aktuelle Behandlungen | Facharzt | |
| | | |
| | | |

ANMELDUNG & FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

| | | |
|---|---|--|
| Gerinnungshemmende Medikamente | Nikotin / Alkohol | Regelmäßige Medikamente |
| Aspirin® / ASS® <input type="checkbox"/> kürzlich <input type="checkbox"/> dauerhaft <input type="checkbox"/> nein | Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wieviel durchschnittlich? | Blutdruckmedikamente <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Herzmedikamente <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schmerzmittel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein „Antibabypille“ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Psychopharmaka <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Antidiabetika <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstiges: |
| Marcumar® <input type="checkbox"/> kürzlich <input type="checkbox"/> dauerhaft <input type="checkbox"/> nein | Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wieviel durchschnittlich? | |
| Ticlopidin® <input type="checkbox"/> kürzlich <input type="checkbox"/> dauerhaft <input type="checkbox"/> nein | | |
| Clopidogrel® <input type="checkbox"/> kürzlich <input type="checkbox"/> dauerhaft <input type="checkbox"/> nein | Schwangerschaft | |
| Sonstiges: | Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schwangerschaftswoche: | Andere Erkrankungen oder Behinderungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| | | |
|-----------------------------------|-----------|------------------------------|
| Angaben zu meinem Hausarzt | | Momentane Medikamente |
| Name | | |
| Straße | PLZ / Ort | |
| Tel. | Fax | |

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. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar.

► Ferner kann es zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatom (Bluterguss)

Durch eine Verletzung kleiner Blutgefäße, können Blutungen in das umliegende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in den Kaumuskel, infolge der Injektion, kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen. Bitte informieren Sie Ihren Zahnarzt darüber, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

Nervenschädigung

Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern auftreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektionen im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte, Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach maximal zwölf Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie bitte umgehend Ihren Zahnarzt.

Verkehrstüchtigkeit

Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Dies ist auf den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung, sowie auf die lokale Irritation zurückzuführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Selbstverletzung

Sollten neben dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile betäubt sein, verzichten Sie während dieser Zeit bitte auf die Nahrungsaufnahme, da neben Bissverletzungen auch Verbrennungen oder Erfrierungen möglich sind.

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 sehr schmerzhaften Behandlungen mit örtlicher Betäubung behandelt werden. | |

Datum _____

Unterschrift _____