

# 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 der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient			
Name	Vorname	geb.	
Mitglied			
Name	Vorname	geb.	
Kontaktdaten			
Straße		Nr.	
Ort		PLZ	
Tel.	Fax	Mobil	
Email			
Beruf / Arbeitgeber			
Arbeitgeber		Tel.	
Anschrift		Beruf	
Krankenkasse / Versicherung			
Ihre Krankenkasse			
Ihre Mitgliedsnummer			
Versicherung gesetzlich			
pflichtversichert		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
freiwillig versichert		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zusatzversicherung / Wenn ja, welche?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Versicherung privat			
vollversichert		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beihilfe / Wenn ja, welche?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Standardtarif		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?			
Empfehlung von			
Überweisung von			
<input type="checkbox"/> Zeitschriftenwerbung <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Telefonbuch			
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			



**Wichtiger Hinweis:**  
Teilen Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit!

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.**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Raum für Notizen:



**DGÄZ**

# ANMELDUNG UND FRAGEN ZUR GESUNDHEIT

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. Vermeiden Sie dabei bitte jedwede eigene Interpretation der Fragen. Haben oder hatten Sie Beschwerden – wie in der Frage angesprochen – kreuzen Sie bitte immer „ja“ oder „nein“ an.

## IHR BEHANDLUNGSWUNSCH:

<input type="checkbox"/> Ich möchte möglichst kostengünstig, soweit wie möglich innerhalb meiner Bezuschussungsrichtlinien versorgt werden, auch wenn dies manche modernen Behandlungsmethoden ausgrenzt. Bitte klären Sie mich über die wichtigsten Einschränkungen auf.	<input type="checkbox"/> Ich wünsche mir im Rahmen meiner Möglichkeiten eine moderne Betreuung durch Ihre Praxis. Ich bin bereit, für eine über die Bezuschussungsrichtlinien hinausgehende Untersuchung, Diagnose und ausführliche Beratung privat zuzuzahlen. Dafür möchte ich einen auf mich individuell zugeschnittenen Behandlungsplan unter wirtschaftlichen und fachlichen Kriterien.  <b>Am wichtigsten ist mir:</b> <input type="checkbox"/> Funktion <input type="checkbox"/> Ästhetik <input type="checkbox"/> Langlebigkeit	<input type="checkbox"/> Ich wünsche mir von Ihnen eine Betreuung und Behandlung nach allen Regeln der Kunst. Ich möchte über die entstehenden Kosten vorab informiert sein, um die Bezuschussung mit meinem Kostenträger abzuklären.
---	---	---

## ZU IHRER GESUNDHEIT:

	ja	nein	Bewertung durch den Zahnarzt
Haben Sie irgendwann Beschwerden, wenn Sie kauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist irgendein Zahn besonders empfindlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stört ein Zahn beim Schließen, Kauen oder Schlucken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pressen oder knirschen Sie unbewusst auf Ihren Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerzt es bei weiter Mundöffnung, großem Biss oder beim Gähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? Auf welcher Seite? <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an Kopfschmerzen? <input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie unter Verkrampfungen oder Ziehen? <input type="checkbox"/> Kopfbereich <input type="checkbox"/> Nackenbereich <input type="checkbox"/> Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Müssen Sie einen Platz suchen, um die Zähne richtig zu schließen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Anmerkungen:</b>			<b>Okklusalex:</b>
Welche Medikamente nehmen Sie gegen die angeführten Zustände?			
Hatten Sie nach einem Unfall jemals Beschwerden im Kopfbereich oder 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?			
Frühere Operationen? Wenn ja, welche?			

# ANMELDUNG UND FRAGEN ZUR GESUNDHEIT

Herz / Kreislauf:	ja	nein
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

Gefäße:	ja	nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfadern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atemwege / Lunge:	ja	nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenblähung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafapnoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leber:	ja	nein
Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberverhärtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettleber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C		
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nieren:	ja	nein
Dialysepflichtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Magen / Darm:	ja	nein
Geschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refluxkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stoffwechsel / Zuckerkrankheiten:	ja	nein
Diabetes mellitus Typ I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus Typ II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kropf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skelettsystem:	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"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nerven / Gemüt:	ja	nein
Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angustzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren / sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Augen:	ja	nein
Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grauer Star (Katarakt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
starke Einschränkung der Sehkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blindheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blut:	ja	nein
Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bei sich selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bei Blutsverwandten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häufiges Nasenbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blaue Flecken schon nach leichten Berührungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbluten im Anschluss an Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Immunschwäche:	ja	nein
Einnahme von Cortison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organtransplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-positiv / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schwangerschaft:	ja	nein
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaftswoche?		

Allergien:	ja	nein
Heuschnupfen oder Überempfindlichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruchtzucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex (z. B. Luftballons o. a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Röntgen:	ja	nein
Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Knochen:	ja	nein
Wurden bzw. werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen welcher Erkrankung?		
Wann?		
Mit welchem Präparat?		

Andere Erkrankungen oder Behinderungen:	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nikotin / Alkohol:	ja	nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wieviel durchschnittlich?		
Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wieviel durchschnittlich?		

Gerinnungshemmende Medikamente:	ja	nein		
	kürzlich	dauerhaft		
Aspirin®/ ASS®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcumar®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ticlopidin®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clopidogrel®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Regelmäßige Medikamente:	ja	nein
Blutdruckmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Antibabypille“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychopharmaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidiabetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# ANMELDUNG UND FRAGEN ZUR GESUNDHEIT

Mein Hausarzt		Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?
Name:		
Straße:		
Ort:		
Telefon:		
Fax:		
Email:		

Weitere aktuelle Behandlungen		
	Grund / Art der Behandlung	Mein Facharzt (Name und Ort)
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

## 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 Kaumuskeln 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

- |   |   |
|---|---|
| <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 Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.    |   |

Datum

Unterschrift