

**HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!**

Wir sind verpflichtet, von Ihnen bestimmte Angaben zu erheben. Bitte füllen Sie den **nachfolgenden Fragebogen möglichst genau aus**. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Die 'Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten' sind in der Praxis einsehbar.

**Patientendaten**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

*Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben* ∨

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? **ja [ ] nein [ ]**

*Falls ja, bitte Gesellschaft und Tarif angeben* \_\_\_\_\_

*Bitte angeben, falls Sie Neupatient sind* ∨

Haben Sie ein Bonusheft? **5 Jahre lückenlos [ ] 10 Jahre lückenlos [ ] nein [ ]**

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy (Nutzung für Terminerinnerung): \_\_\_\_\_

Telefon Büro\*: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf\*: \_\_\_\_\_

\* freiwillige Angaben

**Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)**

Rechnung an Patienten oder Versicherten? \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben**

Arbeitgeber\*: \_\_\_\_\_

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?\*: \_\_\_\_\_

Haben Sie Interesse an **regelmäßiger Vorsorge**,

um erneute Erkrankungen zu vermeiden? **ja [ ] nein [ ]**

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin

erinnert werden? **per Post [ ] per E-Mail [ ] (→Bitte Adresse oben angeben!)**

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden (ggf. streichen).

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

*Bitte weiter zur nächsten Seite* →

Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand optimal informiert zu sein. Das Praxisteam bittet Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen.

= JA

Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen?

**Herz / Kreislauf:**

- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Herzklappenfehler
- Endokarditis
- künstliche Herzklappe
- Herzschrittmacher
- Herzoperation (z.B. Bypass, Stent)
- Rhythmusstörungen
- Herzpass vorhanden?
- ➔ Falls ja, bitte an Rezeption abgeben

oder \_\_\_\_\_

**Gefäße:**

- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen
- Thrombosen

oder \_\_\_\_\_

**Atemwege / Lunge:**

- Asthma
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- chronische Bronchitis
- Schlafapnoe
- Schnarchen Sie?

oder \_\_\_\_\_

**Leber:**

- Gelbsucht
- Fettleber
- Gallensteine
- Hepatitis O A O B O C

oder \_\_\_\_\_

**Nieren:**

- Dialysepflichtig
- Nierenentzündung
- Nierensteine

oder \_\_\_\_\_

**Magen-Darm:**

- Geschwür
- Morbus Crohn
- Sodbrennen O Refluxkrankheit

oder \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel:**

- Diabetes mellitus Typ I
- Diabetes mellitus Typ II
- ➔ Aktueller HbA1c-Wert? \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion
- Mukoviszidose-Erkrankung
- Lactoseintoleranz

oder \_\_\_\_\_

**Gewicht:**

- Wiegen Sie 135 kg oder mehr?
- (Frage wegen Behandlungsstühlen nötig)

- Haben Sie eine Hüft- oder Knieprothese? Wenn ja, seit wann?**  
\_\_\_\_\_

**Skelettsystem:**

- Gelenkerkrankungen
- Rücken-/
- Bandscheibenbeschwerden
- Rheuma / Arthritis
- Muskelerkrankungen
- Fibromyalgie
- Osteoporose

**Nerven / Gemüt:**

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Ohnmachtsanfälle
- Depression
- Angstzustände
- Parkinson-Krankheit

oder \_\_\_\_\_

**Augen:**

- Grüner Star
- Grauer Star
- starke Einschränkung der Sehkraft
- Blindheit

oder \_\_\_\_\_

**Blut:**

- Gerinnungsstörungen
- auch bei Blutsverwandten
- Nachbluten nach Operationen

oder \_\_\_\_\_

**Allergie:**

- z.B. Heuschnupfen oder Überempfindlichkeit gegen Nahrungsmittel, etc.
- Lokalanästhesie / Spritzen
- Medikamente (z.B. Antibiotika)
- Metalle
- Pflaster
- Latex (z.B. Gummihandschuhe)

oder \_\_\_\_\_

- Patientinnen: Sind Sie schwanger?**  
Wenn ja, in welchem Monat?  
\_\_\_\_\_

**Immunschwäche / Infektionserkr.:**

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)
- HIV-Infektion / Stadium AIDS
- hochgradige Neutropenie
- stammzellentransplantiert
- Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK) / Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK)

oder \_\_\_\_\_

**Knochen:**

- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zur Zeit mit **Bisphosphonaten** behandelt?  
Wegen welcher Erkrankung?  
\_\_\_\_\_

Wann? Mit welchem Präparat?  
\_\_\_\_\_

**Bestrahlung (nach Tumor)**

- Wurden Sie schon einmal im Kopf- oder Halsbereich bestrahlt?  
\_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**

Seit wann? \_\_\_\_\_  
Wie viel durchschnittlich? \_\_\_\_\_  
Wie wichtig wäre Ihnen ein Rauchstopp zum jetzigen Zeitpunkt?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Überhaupt			→→→→→→→→				sehr		
nicht wichtig							wichtig		

**Sind Sie oder waren Sie**

- alkohol- / O drogenabhängig?**

**Hatten Sie im vergangenen Monat Schmerzen im Gesicht, im Kiefer, in den Schläfen, vor dem oder im Ohr?**

- Ja  Nein

**Gerinnungshemmende Medikamente**

Dauerhaft oder in den letzten Tagen, z.B.:

- Aspirin®  ASS®  Marcumar®
- Xarelto®  Clopidogrel®

oder \_\_\_\_\_

**Regelmäßige Medikamente**

- z.B. Blutdruck- / Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- „Antibabypille“
- Psychopharmaka
- Antidiabetika

welche \_\_\_\_\_

- Haben Sie einen **Medikamentenplan**?  
➔ Falls ja, bitte an Rezeption abgeben

**Sonstige Erkrankungen?**

- z.B. körperliche/geistige Beeinträchtigung
- z.B. Zustand nach größerer OP

oder \_\_\_\_\_

- Besteht ein **Pflegegrad** oder erhalten Sie **Eingliederungshilfe**?

Mein Hausarzt ist:

Außerdem bin ich beim Facharzt für

\_\_\_\_\_ in Behandlung

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Telefon

**Ich versichere, dass ich alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gemacht habe. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.**

\_\_\_\_\_  
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 trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere 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 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**

**1.**

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

**2.**

Ich möchte immer in örtlicher Betäubung behandelt werden.

Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

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

Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift