

Anmeldung und Fragen zur Gesundheit

## Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis!

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 risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

E-Mail: .....

Beruf: ..... Telefon Arbeitsplatz: .....

Hausarzt: .....

### Versicherter

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

E-Mail: .....

### Versichertenstatus

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nicht krankenversichert                                    | <input type="checkbox"/> gesetzlich krankenversichert |
| <input type="checkbox"/> gesetzlich freiwillig versichert                           | <input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung   |
| <input type="checkbox"/> privat vollversichert                                      | <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt           |
| <input type="checkbox"/> privat standardtarifversichert (gem. §257, Abs. 2a SGB V.) |   |
| <input type="checkbox"/> zuschussberechtigt (Sozial-/Versorgungsamt)                |   |

Name der Versicherung: .....

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch: .....
- Überweisung von/wegen: .....
- Internet (gerne nähere Angaben über Suchmaschine, Arztbewertungsportal)  
.....
- Telefonbuch
- Sonstiges: .....

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher planen wir für Sie Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, entstehen dadurch in unserer Praxis Leerlauf und damit erhebliche Kosten. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte und damit für Sie reservierte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese an Patienten vergeben können, welche auf einen Termin warten. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand und der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen (§§293, 296, 615 BGB).

Kommen Sie ohne Termin in unsere Praxis, müssen Sie mit längerer Wartezeit rechnen, da wir, wie oben dargestellt, die wertvolle Zeit unserer Patienten mit vereinbartem Termin ebenso achten wie unsere eigene.

Von gesetzlich krankenversicherten Patienten benötigen wir unbedingt die elektronische Gesundheitskarte, da Ihnen die Behandlungskosten ansonsten privat nach der Gebührenordnung für Zahnärzte in Rechnung gestellt werden müssen.

Die Rechnungslegung von Privatleistungen erfolgt generell über eine externe Abrechnungsgesellschaft.

### Ihr Behandlungswunsch

- 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.
- 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.
- 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.

## Liebe Patientin, lieber Patient,

auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Viele Beschwerden (Kopfschmerzen, Muskelverspannungen, Kiefergelenkprobleme) 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 nachgehen, 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.

### ZU IHRER GESUNDHEIT

- |  |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|
| Haben Sie Beschwerden, wenn Sie Kauen?   | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Ist irgendein Zahn besonders empfindlich?  | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Stört ein Zahn beim Schließen, Kauen oder Schlucken?   | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Pressen oder knirschen Sie unbewusst auf ihren Zähnen?   | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Schmerzt es bei weiter Mundöffnung, großem Biss oder Gähnen?   | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Verursachen Ihre Kiefergelenke Geräusche?  | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie manchmal Schmerzen im Ohrenbereich?  | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie an Kopfschmerzen?   | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund? Passen Ihre Zähne beim Zubeißen nicht richtig aufeinander? | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Weitere Angaben: .....   |                            |                            |

### FÜR FRAUEN

- |  |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|
| Nehmen Sie die Pille?  | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Könnten Sie schwanger sein? Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche: ..... | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Stillen Sie?   | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |

### MEDIKAMENTE

- |   |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|
| Nehmen Sie Bisphosphonate?  | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie regelmäßig oder zurzeit Medikamente ein (z.B. Schmerz-, Schlaf-, Herz-, Kreislauf-, blutgerinnungshemmende Mittel wie Heparin, Marcumar®, Aspirin®, Plavix®, Psychopharmaka, Antidiabetika, frei käufliche Präparate)? | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche und wieviel pro Tag?  |                            |                            |
| .....   |                            |                            |
| Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?  | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |

### BEHANDLUNG

- |   |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|
| Leiden Sie zurzeit an einer Infektion (z.B. Erkältung, Magen-/Darminfektion)? | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?                   | J <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, weswegen:  |                            |                            |
| .....   |                            |                            |

#### FRÜHERE OPERATIONEN

Kam es bei früheren Operationen zu folgenden Komplikationen:

- Verstärkte Blutungen? J  N
- Abszesse / Eiterungen / Fisteln? J  N
- Verzögerter Heilung? J  N
- Verstärkter Narbenbildung? J  N
- Thrombosen / Embolien? J  N
- Sonstige Besonderheiten:
- .....

#### GERINNUNGSSTÖRUNGEN

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Gerinnungsstörungen:

- Entstehen blaue Flecken / Nasenbluten? J  N
- Blutarmut (Anämie)? J  N
- Sonstige:
- .....

#### HERZ-/KREISLAUFERKRANKUNGEN

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Herz-/Kreislaufkrankungen:

- Herzschwäche (Herzinsuffizienz)? J  N
- Herzfehler? J  N
- Angina pectoris (Brustschmerzen)? J  N
- Herzinfarkt? J  N
- Herzmuskelentzündung? J  N
- Durchblutungsstörungen? J  N
- Erhöhter Blutdruck? J  N
- Erniedrigter Blutdruck? J  N
- Krampfadern (Varizen)? J  N
- Thrombose / Embolie (z.B. Schlaganfall)? J  N
- Apoplex (Schlaganfall)? J  N
- Sonstige:
- .....

#### INFEKTIONSKRANKHEITEN

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Infektionskrankheiten:

- Hepatitis? J  N
- Wenn ja, welche?:
- .....
- Tuberkulose (Tbc)? J  N
- HIV-positiv (AIDS)? J  N
- Andere?
- .....

#### SCHILDDRÜSENERKRANKUNGEN

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Schilddrüsenerkrankungen:

- Schilddrüsenvergrößerung / Kropf? J  N   
 Schilddrüsen Überfunktion? J  N   
 Schilddrüsen Unterfunktion? J  N

#### STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Stoffwechselerkrankungen:

- Diabetes mellitus ( Zuckerkrankheit) Typ 1? J  N   
 Diabetes mellitus ( Zuckerkrankheit) Typ 2? J  N   
 Dialysepflicht? J  N   
 Gicht? J  N   
 Osteoporose? J  N

#### ATEMWEGE/LUNGE

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Atemwegs-/Lungenerkrankungen:

- Asthma? J  N   
 Lungenentzündung? J  N   
 Tuberkulose? J  N   
 Chronische Bronchitis? J  N   
 Schlafapnoe (nächtliche Atemaussetzer)? J  N   
 Schnarchen Sie? J  N   
 Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit? J  N   
 Sonstiges:  
 .....

#### NERVEN/GEMÜT

- Epilepsie (Krampfanfälle)? J  N   
 Depressionen? J  N   
 Angstzustände? J  N   
 Waren/sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung? J  N   
 Leiden Sie an Kopfschmerzen/Migräne? J  N   
 Wenn ja, wie häufig:  
 .....

Sonstige:  
 .....

AUGENERKRANKUNGEN

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Augenerkrankungen:

Glaukom (Grüner Star)? J  N

Katarakt (Grauer Star)? J  N

Starke Einschränkung der Sehkraft? J  N

Blindheit? J  N

Sonstige:

.....

ALLERGIEN

Leiden Sie unter Allergien gegen Medikamente oder andere Stoffe? J  N

Wenn ja, welche?

.....

Leiden Sie unter sonstigen Erkrankungen? J  N

.....

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?..... J  N

|  |
|--|
| MEDIKAMENTE DIE SIE AKTUELL EINNEHMEN: |
|--|

|  |
|--|
| WEITERE INFORMATIONEN, DIE SIE FÜR WICHTIG HALTEN: |
|--|

**Wichtiger Hinweis:**

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder der eingenommenen Medikamente vor der nächsten Behandlung unaufgefordert mit!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben.

Würzburg, den

ORT / DATUM

\_\_\_\_\_  
UNTERSCHRIFT

## Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (wie z.B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Zahnentfernungen, Operationen), in der Regel schmerzfrei, durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerv) mit Gefühl versorgt.

Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nervs (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten 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 und in ganz seltenen Fällen auch Infektionen kommen. 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 oder 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 abgeklungen sein, informieren Sie uns bitte.

**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 Verbrühungen und Erfrierungen möglich.

## Einverständniserklärung zur Lokalanästhesie

- Die Aufklärung habe ich verstanden, meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Behandlungen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

Würzburg, den  
ORT / DATUM

UNTERSCHRIFT