

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

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 Schwei-

gepflicht. Gibt es Fragen oder Probleme beim Ausfüllen des Formulars? Wir helfen Ihnen gerne weiter - persönlich direkt am Empfang oder telefonisch unter: **03695/601313**

Patient	NAME	VORNAME		GEBURTSDATUM					
Kontakt- daten	STRASSE			HAUSNUMMER					
	ORT			PLZ					
	TELEFON		FAX	MOBIL					
	E-MAIL								
	JA. <input type="checkbox"/> Die Praxis darf meine E-Mailadresse widerruflich zur direkten Kommunikation mit mir nutzen (z.B. Terminerinnerungen)								
Beruf/ Arbeitgeber	ARBEITGEBER			TELEFON					
	ANSCHRIFT			BERUF					
Krankenkasse/ Versicherung	KRANKENKASSE								
Versicherung gesetzlich	pflichtversichert	JA. <input type="checkbox"/>	NEIN. <input type="checkbox"/>	freiwillig versichert	JA. <input type="checkbox"/>	NEIN. <input type="checkbox"/>	Zusatzversicherung	JA. <input type="checkbox"/>	NEIN. <input type="checkbox"/>
	JA. Welche? _____								
Versicherung privat	vollversichert	JA. <input type="checkbox"/>	NEIN. <input type="checkbox"/>	Basistarif	JA. <input type="checkbox"/>	NEIN. <input type="checkbox"/>	Beihilfe	JA. <input type="checkbox"/>	NEIN. <input type="checkbox"/>
	JA. Welche? _____								
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?	EMPFEHLUNG VON			ÜBERWEISUNG VON					
	WEBSITE <input type="checkbox"/>	SUCHMASCHINE (Google, etc.) <input type="checkbox"/>		FACEBOOK <input type="checkbox"/>	SONSTIGES <input type="checkbox"/>		Was? _____		

! 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.

DATUM	UNTERSCHRIFT
-------	--------------

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Viele Beschwerden (Kopfschmerzen, Muskelverspannungen, Kiefergelenkprobleme) haben ihre Ursachen in einer gestörten Funktion des Kauorgans. Hohe Bakterienbelastung bei einer Parodontitis wirkt sich negativ auf unterschiedliche Organe aus.

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 das gesamte Kausystem mit all seinen Strukturen mit ein.

Wir bitten 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	
KOSTENOPTIMIERTE THERAPIE <input type="checkbox"/> Ich möchte hochwertig aber möglichst kostengünstig behandelt werden und nehme bewusst in Kauf, dass ich auf einige moderne Behandlungsmethoden verzichten muss. Berücksichtigen Sie dies bei der Therapieplanung. Sollte ich einen Heil- und Kostenplan zur Abstimmung mit meinem Versicherer benötigen, weise ich Sie gesondert darauf hin.	QUALITÄTSOPTIMIERTE THERAPIE <input type="checkbox"/> Ich wünsche eine höchstwertige Therapie unter Einbeziehung aller relevanten Möglichkeiten der modernen Zahnheilkunde. Nicht nur Langlebigkeit, sondern auch Komfort, höchstwertige Materialien sowie ästhetische und funktionelle Aspekte sollen Berücksichtigung finden. Sollte ich einen Heil- und Kostenplan zur Abstimmung mit meinem Versicherer benötigen, weise ich Sie gesondert darauf hin.
Am wichtigsten ist mir: FUNKTION <input type="checkbox"/> ÄSTHETIK <input type="checkbox"/> LANGLEBIGKEIT <input type="checkbox"/> BERÜCKSICHTIGUNG NATURHEILKUNDLICHER ASPEKTE <input type="checkbox"/>	

Zu Ihrer Gesundheit			Anmerkungen
Haben Sie Beschwerden beim Schließen, Kauen oder Schlucken?	JA. <input type="checkbox"/>	NEIN. <input type="checkbox"/>	
Pressen oder knirschen Sie (unbewusst) auf Ihren Zähnen?	JA. <input type="checkbox"/>	NEIN. <input type="checkbox"/>	
Welche Medikamente nehmen Sie gegen die angeführten Zustände?			
Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung/Untersuchung?			
Was wurde gemacht?			

Leber	JA.	NEIN.	Magen / Darm	JA.	NEIN.	Stoffwechsel / Zuckerkrankheiten	JA.	NEIN.
Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus Typ I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberverhärtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Engstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus Typ II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettleber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Refluxkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kropf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SONSTIGES Was? _____			SONSTIGES Was? _____			SONSTIGES Was? _____		

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 Was? _____		

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 Was? _____		

Nikotin / Alkohol / Drogen	JA.	NEIN.
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURCHSCHNITT / TAG _____		
Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURCHSCHNITT / WOCHE _____		
SONSTIGES Was? _____		

Röntgen	JA.	NEIN.
Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gerinnungshemmende Medikamente	KÜRZLICH	DAUERHAFT	NEIN.
Aspirin® ASS®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcumar®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triclopidin®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clopidogrel®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SONSTIGES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Was? _____			

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 Was? _____		

Nerven / Gemüt	JA.	NEIN.
Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuzfeld-Jakob-Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren / sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulimie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SONSTIGES Was? _____		

Blut	JA.	NEIN.
Gerinnungsstörungen	bei sich selbst <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutsverwandte <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 Was? _____		

Allergien	JA.	NEIN.
Heuschnupfen oder Überempfindlichkeit	<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, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergiepass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SONSTIGES Was? _____		

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"/>
SONSTIGES Was? _____		

Schwangerschaft	JA.	NEIN.
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JA. In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie? _____		

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"/>
SONSTIGES Was? _____		

Nieren	JA.	NEIN.
Dialysefähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SONSTIGES Was? _____		

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"/>
MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SONSTIGES Was? _____		

Knochen	JA.	NEIN.
Wurden/werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JA. Wegen welcher Erkrankung? _____		
JA. Seit wann? _____		
JA. Mit welchem Präparat? _____		

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 Was? _____		

SONSTIGE HINWEISE

Mein Hausarzt	NAME	
	STRASSE	ORT
	TELEFON	E-MAIL
	WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE ZUR ZEIT?	

WEITERE AKTUELLE BEHANDLUNGEN (Grund / Art der Behandlung?)	BEHANDELNDER FACHARZT (Name und Ort)

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

Es kann 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 zu 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.

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, 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

ZUTREFFEND

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

ZUTREFFEND

Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

ZUTREFFEND

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

ZUTREFFEND

Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

ZUTREFFEND

Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen natürlich gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam Dr. Klingler

DATUM

UNTERSCHRIFT