



ANMELDUNG UND FRAGEN ZUR GESUNDHEIT

LARS RADTKE
ZAHNARZTPRAXIS

Herzlich willkommen in unserer Praxis,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollte es Fragen oder Probleme beim Ausfüllen des Formulars geben, helfen wir Ihnen gerne weiter – sprechen Sie uns direkt am Empfang an.

PATIENT

Name _____ Vorname _____ Geb. _____

MITGLIED

Name _____ Vorname _____ Geb. _____

KONTAKTDATEN

Straße _____ Nr. _____

Ort _____ PLZ _____

Tel. _____ Fax _____

Mobil _____ E-Mail _____

Ja. Die Praxis darf meine E-Mail-Adresse widerruflich zur direkten Kommunikation mit mir nutzen (z. B. Terminerinnerungen).

BERUF / ARBEITGEBER

Arbeitgeber _____ Tel. _____

Anschrift _____ Beruf _____

VERSICHERUNG

Krankenkasse _____ Mitgliedsnr. _____

Gesetzlich:

pfl.versichert ja nein freiwillig ja nein Zusatz ja nein wenn ja, welche _____

Privat:

vollversichert ja nein Basistarif ja nein Beihilfe ja nein wenn ja, welche _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung von _____ Überweisung durch _____

Zeitschriftenwerbung Internet Telefonbuch Sonstiges _____

WICHTIGER HINWEIS Teilen Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor weiteren Behandlungsterminen 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 _____

bitte wenden →

Liebe Patientin, lieber Patient,

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. 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**

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**

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 ■ Ästhetik ■ Langlebigkeit ■ Berücksichtigung naturheilkundlicher Aspekte

Benötigen Sie eine Beratung zum Thema „Schnarchen“? ■ ja ■ nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ■ ja ■ nein

OKKLUSALINDEX

Bewertung durch den Zahnarzt

Haben Sie irgendwann Beschwerden wenn Sie kauen? ■ ja ■ nein

Kauen Sie regelmäßig Kaugummi? ■ ja ■ nein

Ist irgendein Zahn besonders empfindlich? ■ ja ■ nein

Stört ein Zahn beim Schließen, Kauen oder Schlucken? ■ ja ■ nein

Müssen Sie einen Platz suchen, um die Zähne richtig zu schließen? ■ ja ■ nein

Pressen oder knirschen Sie unbewusst auf Ihren Zähnen? ■ ja ■ nein

Schmerzt es bei weiter Mundöffnung, großem Biss oder Gähnen? ■ ja ■ nein

Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? ■ ja ■ nein

■ rechts ■ links

Haben Sie manchmal Schmerzen im Ohrenbereich? ■ ja ■ nein

■ rechts ■ links

Leiden Sie an Kopfschmerzen? ■ ja ■ nein

■ morgens ■ mittags ■ abends

■ rechts ■ links ■ beidseitig ■ wechselnd

Leiden Sie unter Verkrampfungen oder Ziehen? ■ ja ■ nein

■ Kopf ■ Nacken ■ Hals

Verspüren Sie manchmal ■ ja ■ nein

■ Trockenheit ■ Brennen im Mund

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? _____

HERZ / KREISLAUF

Herzfehler ja nein Angina pectoris ja nein Herzinfarkt ja nein Herzmuskelentzündung ja nein
Herzklappenentzündung ja nein künstliche Herzklappe ja nein Herzschrittmacher ja nein hoher Blutdruck ja nein
niedriger Blutdruck ja nein Rhythmusstörungen ja nein Herzschwäche ja nein Sonstiges _____

GEFÄSSE

Schlaganfall ja nein Durchblutungsstörungen ja nein Krampfadern ja nein Thrombosen ja nein
Sonstiges _____

ATEMWEGE / LUNGE

Asthma ja nein Lungenentzündung ja nein Tuberkulose ja nein chronische Bronchitis ja nein
Lungenblähung ja nein Schlafapnoe ja nein Schnarchen Sie? ja nein Sonstiges _____

LEBER

Gelbsucht ja nein Leberverhärtung ja nein Fettleber ja nein Gallensteine ja nein
Hepatitis A B C Sonstiges _____

NIEREN

Dialysepflichtigkeit ja nein Nierenentzündung ja nein Nierensteine ja nein Sonstiges _____

MAGEN / DARM

Geschwür ja nein Engstelle ja nein Verdauungsstörungen ja nein Sodbrennen ja nein
Refluxkrankheit ja nein Sonstiges _____

STOFFWECHSEL / ZUCKERKRANKHEITEN

Diabetes mellitus Typ I ja nein Diabetes mellitus Typ II ja nein Kropf ja nein Schilddrüsenüberfunktion ja nein
Schilddrüsenunterfunktion ja nein Sonstiges _____

SKELETTSYSTEM

Gelenkerkrankungen ja nein Rückenbeschwerden ja nein Muskelschwäche ja nein Fibromyalgie ja nein
Bandscheibenbeschwerden ja nein Sonstiges _____

NERVEN / GEMÜT

Krampfanfälle (Epilepsie) ja nein Lähmungen ja nein Depressionen ja nein Angstzustände ja nein
Waren / sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung? ja nein Kopfschmerzen ja nein Bulimie ja nein
Sonstiges _____

AUGEN

Grüner Star (Glaukom) ja nein Grauer Star (Katarakt) ja nein Blindheit ja nein Einschränkung der Sehkraft ja nein
Sonstiges _____

BLUT

Gerinnungsstörungen bei sich selbst ja nein bei Blutsverwandten ja nein häufiges Nasenbluten ja nein
blaue Flecken schon nach leichten Berührungen ja nein Nachbluten im Anschluss an Operationen ja nein
Sonstiges _____

IMMUNSCHWÄCHE

Einnahme von Cortison ja nein Organtransplantation ja nein HIV-positiv / AIDS ja nein Sonstiges _____

SCHWANGERSCHAFT

Sind Sie schwanger? ja nein In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie? _____

ALLERGIEN

Heuschnupfen ja nein Überempfindlichkeiten ja nein Fructose ja nein Medikamente ja nein
Latex (z. B. Luftballons) ja nein Pflaster ja nein Jod ja nein Allergiepass ja nein

KNOCHEN

Würden bzw. werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt? ja nein Wegen welcher Erkrankung? _____
Seit wann? _____ Mit welchem Präparat? _____

ANDERE ERKRANKUNGEN ODER BEHINDERUNGEN

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit ja nein Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit ja nein
Sonstiges _____

NIKOTIN / ALKOHOL

Rauchen Sie? ja nein Wieviel durchschnittlich? _____
Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol? ja nein Wieviel durchschnittlich? _____

GERINNUNGSHEMMENDE MEDIKAMENTE

Aspirin®/ ASS® ja nein kürzlich dauerhaft
Ticlopidin® ja nein kürzlich dauerhaft

Marcumar® ja nein kürzlich dauerhaft
Clopidogrel® ja nein kürzlich dauerhaft
Sonstiges _____

REGELMÄSSIGE MEDIKAMENTE

Blutdruckmedikamente ja nein Herzmedikamente ja nein
Psychopharmaka ja nein Antidiabetika ja nein

Schmerzmittel ja nein „Antibabypille“ ja nein
Sonstiges _____

RÖNTGEN

Würden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein

SONSTIGE HINWEISE

MEIN HAUSARZT

Name _____ Straße _____

Ort _____

Tel. _____ E-Mail _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

WEITERE AKTUELLE BEHANDLUNGEN

Grund / Art _____ Facharzt (Name, Ort) _____

Grund / Art _____ Facharzt (Name, 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 (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.

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 Kaumuskel 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 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

- 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 Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden
- Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden
- Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden

Datum _____ Unterschrift _____