

**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	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Mitglied**

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße		Hausnummer
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ort		PLZ
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Telefon	Fax	Mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail		PLZ
<input type="text"/>		<input type="text"/>

**Krankenkasse / Krankenversicherung**

Ihre Mitgliedsnummer

**Gesetzlich**  pflichtversichert  freiwillig versichert  Zusatzversicherung ▶

**Privat**  vollversichert  Basistarif  Beihilfe, wenn ja, welche? ▶

**In eigener Sache:** Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Empfehlung von ▶

Überweisung durch ▶

Im Internet über ▶

**Bitte teilen Sie uns eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor weiteren Behandlungsterminen mit!**

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher planen wir Zeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, entsteht in unserer Praxis Leerlauf. Daher bitten wir Sie für den Fall der Verhinderung, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen (Termine, die mit zwei Stunden oder länger angesetzt sind, mindestens 48 Stunden vorher). Gerne vereinbaren wir dann einen neuen Termin mit Ihnen.

Erhalten wir von Ihnen keine fristgerechte Absage oder sind Sie unverschuldet an der rechtzeitigen Absage oder Wahrnehmung des Termins gehindert, so dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass wir Ihnen einen Betrag von € 300,- pro ausgefallener Behandlungsstunde, der dem durchschnittlichen Kostenfaktor für eine Praxisstunde in unserer Praxis entspricht, als pauschalierten Schadenersatz in Rechnung stellen. Es steht Ihnen frei, nachzuweisen, dass kein oder ein geringerer als der geltend gemachte pauschalierte Schaden entstanden ist.

Datum	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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. Eine 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 nachgehen, um ihre Ursache zu finden.

	ja	nein	Anmerkungen
Ich habe Beschwerden, wenn ich kaue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Es gibt einen Zahn, der besonders empfindlich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ein Zahn stört beim Schlucken oder Kauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich muss einen Platz suchen, um die Zähne richtig zu schließen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich habe das Gefühl, die Zähne passen nicht richtig aufeinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich presse oder knirsche unbewusst mit den Zähnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Es schmerzt bei weiter Mundöffnung, großem Biss oder beim Gähnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Meine Kiefergelenke machen Geräusche (z. B. Knacken oder Knirschen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich habe manchmal Schmerzen im Ohrbereich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich leide unter Verspannungen oder Ziehen im <input type="checkbox"/> Kopfbereich. <input type="checkbox"/> Nackenbereich. <input type="checkbox"/> Hals.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einzelne Zähne sind sehr temperaturempfindlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich verspüre manchmal Trockenheit oder ein Brennen im Mund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bei Anstrengung/Sport beiße ich die Zähne zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich kaue regelmäßig Kaugummi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich habe allgemeine Beschwerden an den Zähnen und am Zahnfleisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Taubheitsgefühle im Nasen-Lippen-Bereich oder an den Händen/Armen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mit meiner Zahnfarbe und -form bin ich sehr zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Am wichtigsten ist mir			<input type="checkbox"/> Funktion <input type="checkbox"/> Ästhetik <input type="checkbox"/> Langlebigkeit

**Hausarzt**

Name

Ort

Straße

Telefon

**Physiotherapeut**

Name

Ort

Straße

Telefon

### 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"/>
Herzmuskentzündung	<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

Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Atemwege/Lunge

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

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"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Nieren

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

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"/>

Anmerkungen:

Datum

Unterschrift

### Stoffwechsel

	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

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

Krampfanfälle (Epilepsie)	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Augen

Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grauer Star (Katarakt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stark eingeschränkte Sehkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blindheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Blut

Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> bei Ihnen	<input type="checkbox"/>	<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 nach Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Immunschwäche

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

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

### Knochen

Wurden bzw. werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt?

Wegen welcher Erkrankung?

Seit wann?

Mit welchem Präparat?

### Andere Erkrankungen

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Allergien

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. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergiepass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Nikotin / Alkohol

Rauchen Sie?

Wieviel durchschnittlich?

Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol? Wieviel durchschnittlich?

### Gerinnungshemmende Medikamente

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

### Regelmäßige Medikamente

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"/>

### Röntgen

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?

## 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, Zahnentfernungen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus Trigemimus (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) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht in jedem Fall ausgeschlossen.

## 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.

### 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.

### 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.

### 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.

Ich habe die Aufklärung verstanden.

Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

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

Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

Datum

Unterschrift