



ZAHNGESUNDHEIT  
BADEN-BADEN

## ANMELDUNG & FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist nicht nur für eine adäquate, sondern auch für eine risiko-freie Behandlung wichtig. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient		
Name	Vorname	Geb.
Mitglied		
Name	Vorname	Geb.
Kontaktdaten		
Straße		Hausnummer
Ort		PLZ
Tel.	Fax	Mobil
Email		
Beruf/Arbeitgeber		
Arbeitgeber		Tel.
Anschrift		Beruf
Krankenkasse		
Ihre Krankenkasse		Mitgliedsnummer
Versicherung gesetzlich	Versicherung privat	Pflegestufe/Eingliederung
pfllichtversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	vollversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pflegegrad
freiwillig versichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Basis-/Standardtarif <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fristablauf:
Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beihilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	Wenn ja, welche?	Fristablauf:
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?		
<input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> Telefonbuch <input type="checkbox"/> Anzeige <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Social Media <input type="checkbox"/> Sonstiges:		

► Teilen Sie uns bitte Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit.

Da wir immer bemüht sind, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, planen wir Behandlungszeiten ein die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin einmal nicht wahrnehmen, entsteht in unserer Praxis ein Leerlauf. Wir bitten Sie deshalb, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine **mindestens 48 Stunden** vorher abzusagen. Wir behalten uns vor, nicht abgesagte Termine nach Zeitaufwand und geplanter Behandlung in Rechnung zu stellen.

Bitte bedenken Sie, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Terminsystem mit eingebunden werden müssen. Dadurch kann es in seltenen Fällen zu Zeitverzögerungen kommen. Sie werden darüber umgehend informiert. Bei Fragen oder Problemen beim Ausfüllen des Formulars steht Ihnen unser Praxisteam gerne zur Verfügung.

Datum

Unterschrift

Auch im Rahmen einer zahnmedizinischen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Viele Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Muskelverspannungen oder Kiefergelenksprobleme, haben ihre Ursache in einer gestörten Funktion des Kauorgans.

Meist werden Sie zwischen diesen Beschwerden und Ihren Zähnen keinen direkten Zusammenhang erkennen. Eine gründliche zahnärztliche Untersuchung beinhaltet jedoch, dass wir diesen Beschwerden nachgehen, um ihre Ursachen zu finden. Dabei beschränken wir uns nicht nur auf Ihre Zähne und Ihren Kiefer. Wir beziehen alle einwirkenden Faktoren mit ein.

Wir bitten Sie daher, den nachfolgenden Fragebogen sorgfältig zu lesen und zu beantworten und wenn erforderlich, zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen. Vermeiden Sie hierbei bitte jegliche eigene Interpretation der Fragen.

# ANMELDUNG & FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

## Ihr Behandlungswunsch

Ich möchte möglichst kostengünstig, soweit wie möglich innerhalb meiner Bezuschussungsrichtlinien versorgt werden, auch wenn dies manche moderne 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 meine über die Bezuschussungsrichtlinien hinausgehende Untersuchung, Diagnose und ausführlich Beratung privat zuzuzahlen.

- Funktion    Ästhetik  
 Langlebigkeit

Ich wünsche mir von Ihnen eine Behandlung und Betreuung nach allen Regeln der Kunst. Ich möchte über die entstehenden Kosten vorab informiert sein, um die Bezuschussung mit meinem Kostenträger abzuklären.

## Angaben zu meinem vorbehandelnden Zahnarzt

Vorbehandler	
Röntgenaufnahme vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   von wann?

## Zu Ihrer Gesundheit

## Bewertung durch den Zahnarzt

Haben Sie Beschwerden wenn Sie kauen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ist ein Zahn besonders empfindlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Stört ein Zahn wenn Sie Ihren Mund schließen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Stört ein Zahn beim kauen oder Schlucken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie Schmerzen bei weiter Mundöffnung, bei großem Biss oder beim Gähnen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pressen Sie unbewusst Ihre Zähne zusammen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Knirschen Sie unbewusst mit Ihren Zähnen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie Bissprobleme?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? Wenn ja, auf welcher Seite? <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie manchmal Schmerzen im Ohrbereich? <input type="checkbox"/> vor dem Ohr <input type="checkbox"/> hinter dem Ohr <input type="checkbox"/> im Ohr	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Leiden Sie an Kopfschmerzen? <input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Leiden Sie unter Verkrampfungen oder Ziehen? <input type="checkbox"/> Kopfbereich <input type="checkbox"/> Nackenbereich <input type="checkbox"/> Hals	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie Trockenheit oder Brennen im Mund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

## Anmerkungen

## Okklusindex

Welche Medikamente nehmen Sie gegen die angeführten Zustände?	
Hatten Sie nach einem Unfall jemals Beschwerden im Kopf oder im 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?	
Hatten Sie früher Operationen? Wenn ja, welche?	

# ANMELDUNG & FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Herz/Kreislauf	Gefäße	Atemwege/Lunge
Herzfehler <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schlaganfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asthma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Angina pectoris <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lungenentzündung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Krampfadern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tuberkulose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzmuskelentzündung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Thrombose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenentzündung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sonstiges:	Lungenblähung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
künstliche Herzklappe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Schlafapnoe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschritmacher <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Schnarchen Sie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Sonstiges:
niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Nieren</b>	<b>Stoffwechsel/Zuckerkrankheit</b>
Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dialysepflichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes mellitus Typ I <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschwäche <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenentzündung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes mellitus Typ II <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	Nierensteine <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsen- unterfunktion <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Sonstiges:	Schilddrüsen- überfunktion <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Leber</b>		Kropf <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gelbsucht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Magen/Darm</b>	Sonstiges:
Leberverhärtung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Geschwür <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Skelettsystem</b>
Fettleber <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Engstelle <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gelenkerkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gallensteine <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verdauungsstörungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rückenbeschwerden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sodbrennen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bandscheiben- beschwerden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	Refluxkrankheit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Muskelschwäche <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Sonstiges:	Fibromyalgie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Sonstiges:
<b>Nerven/Gemüt</b>	<b>Immunschwäche</b>	<b>Augen</b>
Krampfanfälle <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Einnahme von Cortison <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Grüner Star (Glaukom) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lähmungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Organtransplantationen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Grauer Star (Katarakt) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Depressionen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	HIV-Infektion <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Einschränkung Sehkraft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Angstzustände <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sonstiges:	Blindheit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie in Behandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Sonstiges:
Häufig Kopfschmerzen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<b>Allergie</b>
Creutzfeldt-Jakob <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Heuschnupfen oder Überempfindlichkeiten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:		Fruchtzucker <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Medikamente <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Jod <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Pflaster <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Latex (z. B. Luftballons) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Sonstiges:
<b>Blut</b>	<b>Knochen</b>	<b>Weitere aktuelle Behandlungen</b>
Gerinnungsstörungen bei sich selbst: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wurden bzw. werden Sie zur Zeit mit Bisphos- phonaten behandelt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Facharzt</b>
bei Blutsverwandten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wegen welcher Erkrankung?	
Häufiges Nasenbluten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wann?	
blaue Flecken nach leichten Berührungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mit welchem Präparat?	
Nachbluten im An- schluss an Operationen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sonstiges:		

# ANMELDUNG & FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Gerinnungshemmende Medikamente	Nikotin/Alkohol	Regelmäßige Medikamente
Aspirin®/ASS® <input type="checkbox"/> kürzlich <input type="checkbox"/> dauerhaft <input type="checkbox"/> nein	Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blutdruckmedikamente <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Marcumar® <input type="checkbox"/> kürzlich <input type="checkbox"/> dauerhaft <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wieviel durchschnittlich?	Herzmedikamente <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ticlopidin® <input type="checkbox"/> kürzlich <input type="checkbox"/> dauerhaft <input type="checkbox"/> nein	Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schmerzmittel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Clopidogrel® <input type="checkbox"/> kürzlich <input type="checkbox"/> dauerhaft <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wieviel durchschnittlich?	„Antibabypille“ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:		Psychopharmaka <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Antidiabetika <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Bisphosphonate: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Sonstiges:
		<b>Andere Erkrankungen oder Behinderungen</b>
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Angaben zu meinem Hausarzt		Momentane Medikamente
Name		
Straße	PLZ/Ort	
Tel.	Fax	

## 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. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar.

### Ferner kann es zu folgenden Komplikationen kommen

#### Hämatom (Bluterguss)

Durch eine Verletzung kleiner Blutgefäße, können Blutungen in das umliegende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in den Kaumuskel, infolge der Injektion, kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen. Bitte informieren Sie Ihren Zahnarzt darüber, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann.

#### Nervenschädigung

Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen

eine Irritation von Nervenfasern auftreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektionen im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte, Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach maximal zwölf Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie bitte umgehend Ihren Zahnarzt.

#### Verkehrstüchtigkeit

Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

#### Selbstverletzung

Sollten neben dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile betäubt sein, verzichten Sie während dieser Zeit bitte auf die Nahrungsaufnahme, da neben Bissverletzungen auch Verbrennungen oder Erfrierungen möglich sind.

## Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. | <input type="checkbox"/> Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden. |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung   | <input type="checkbox"/> Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.         |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Behandlungen mit örtlicher Betäubung behandelt werden. |   |

Datum

Unterschrift