



Gesundheitsfragebogen für unsere Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Wir möchten Sie daher bitten, nachfolgende Fragen sorgfältig zu beantworten. Sollten Ihnen hierbei etwas unklar sein, zögern Sie bitte nicht, uns darauf anzusprechen.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Familienversichert? Wenn ja: Hauptversicherter: _____ Geb.datum d. HV: _____

Private Zusatzversicherung? Ja Nein E-Mail: _____ Telefonnr.: _____ Beruf: _____

Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen?

Herz/Kreislauf

- Besitzen Sie einen Herzpass?
- Herzfehler/Herzrhythmus-störungen
- Herzinfarkt
- Herzmuskel-/Herzklappenentzündung
- Herzklappenersatz
- Herzschrittmacher
- Hoher Niedriger Blutdruck
- Können Sie problemlos ein Stockwerk Treppen steigen Ja Nein
- Oder _____

Gefäße

- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen
- Thrombosen
- Oder _____

Blut

- Gerinnungsstörungen
- Häufiges Nasenbluten
- Blaue Flecken (auch nach leichter Berührung)
- Oder _____

Atemwege/Lunge

- Asthma
- Tuberkulose
- Chronische Bronchitis
- Schlafapnoe (Atemaussetzer)
- Schnarchen Sie?
- Oder _____

Leber

- Leberzirrhose
- Hepatitis A B C
- Oder _____

Magen/Darm

- M. Chron
- Sodbrennen Reflux
- Oder _____

Stoffwechsel

- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- Schilddrüsenunterfunktion
- Oder _____

Nieren

- Niereninsuffizienz Dialyse
- Oder _____

Skelettsystem/Knochen

- Osteoporose
- Bekommen oder nehmen Sie dagegen Medikamente ein?
 Ja Nein
- Rheumatische Erkrankungen
- Gelenkerkrankungen
- Rückenbeschwerden
- Muskelerkrankungen
- Oder _____



Nerven/Gemüt

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Angstzustände
- Depressionen
- Oder _____

Augen

- Grüner Star
- Grauer Star
- Starke Einschränkung der Sehkraft
- Oder _____

Allergien/Überempfindlichkeiten

- Besitzen Sie einen Allergiepass?
- Medikamente _____
- Pflaster
- Latex
- Oder _____

Immunschwäche

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- AIDS
- Oder _____

Haben Sie andere Erkrankungen?

- Ja: Welche? _____
- Nein

Besteht eine Schwangerschaft?

- Ja: Welche Schwangerschaftswoche?

- Nein

Rauchen Sie?

- Ja: Wie viele Zigaretten pro Tag? _____
- Nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

- Ja Nein

Besteht oder bestand eine onkologische Diagnose (Kreberkrankung)?

- Ja Nein

Wenn ja, was für eine Therapie haben Sie erhalten? _____

- Chemotherapie
- Immuntherapie
- Bestrahlung
- Andere: _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? (Dauerhaft oder in den letzten Tagen)

- Ja Nein
- Medikament: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Ja Nein

Wenn ja: reichen Sie bitte ihren Medikamentenplan bei uns ein.

- Blutdruckmedikamente _____
- Herzmedikamente _____
- Schmerzmittel _____
- Antibabypille _____
- Psychopharmaka _____
- Antidiabetika _____
- Schilddrüsenmedikamente _____
- Oder _____



Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (wie z. Bsp. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. 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 in Folge der Injektion kann es zu einer vorübergehenden Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch 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- bzw. 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 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 behandelnden 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.
- **Allergie**: Eine Unverträglichkeit der verwendeten Substanzen ist immer möglich und leider nicht vorhersehbar. Falls Sie schon einmal entsprechende Probleme bei der Lokalanästhesie hatten, informieren Sie bitte Ihren Behandler. Legen Sie bitte auch Ihren Allergiepass vor.
- **Kanülenbruch**: In extrem seltenen Fällen kann es bei der Betäubung des Unterkiefernerfs zu einem Bruch der Kanüle kommen. Dieses Risiko wird durch das Verwenden von Einmalkanülen praktisch ausgeschlossen.

Schweigepflichtsentbindung: Hiermit entbinde ich alle Zahnärzte und das Team der Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber anderen ärztlichen bzw. zahnärztlichen Kollegen. Ich bin darüber aufgeklärt worden und willige ein, dass die Weitergabe meiner Daten vertraulich und **NUR** zum Zwecke der interdisziplinären Behandlung (mündlich oder schriftlich) erfolgt. Ich versichere, dass ich alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gemacht habe und meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift

Dr. Philipp Robben

Elisabeth Kindler

Thomas Kindler

Christiane Markhoff