



## Dr. Hans-Jörg Fuhr · Praxis für Zahnheilkunde

Rubensstraße 18-22 · 50676 Köln · Tel.: 0221-240 20 63 · Fax: 0221-21 85 87  
E-Mail: zahn@drfuhr.de · Internet: www.drfuhr.de

### HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis für Zahnheilkunde. Um Ihnen eine optimale Behandlung anbieten zu können, bitten wir Sie, nachstehenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen.

Neben Ihren Personalien benötigen wir auch Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand – wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Haben Sie Fragen bei der Beantwortung? – wir helfen Ihnen gerne.

#### **Patient / Patientin**

Name, Vorname: .....

geboren am: .....

Anschrift: .....

PLZ Ort

Telefon, privat: ..... berufl. /mobil: .....

E-Mail: .....

Beruf: ..... Arbeitgeber: .....

**Versicherung / Krankenkasse** Name: .....

Bei gesetzlicher Kasse, bitte angeben:

pflichtversichert ja  nein

freiwillig versichert ja  nein

private Zusatzversicherung? ja  nein

Kostenerstattung gewählt? ja  nein

bei Privatversicherung, bitte angeben:

Standardtarif ja  nein

Basistarif ja  nein

studentisch versichert? ja  nein

Beihilfe berechtigt? ja  nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? .....

Internet  Praxisschild  Empfehlung von:  .....

#### **Grund Ihres Besuchs**

Routinekontrolle  Zahnfleisch-Untersuchung  Zahnschmerzen

reine Schmerzbehandlung  Kiefergelenk-Untersuchung  Kopf-, Nackenschmerzen

weiterführende Untersuchung  wegen .....

Kosmetische Korrektur  z.B. von verfärbten Zähnen, Zahnfehlstellungen, dunklen Füllungen

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? .....

Ist ein aktuelles Röntgenbild vorhanden?

Sind Sie an unserem Prophylaxe-Programm interessiert?

Hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten eine professionelle Zahnreinigung?

Wurde bei Ihnen in den letzten 2 Jahren eine Parodontosebehandlung durchgeführt?



**Beratungswunsch** Bitte kreuzen Sie die Themen an, über die Sie beraten werden möchten!

- |                                    |                       |   |                       |
|------------------------------------|-----------------------|---|-----------------------|
| Karies/Prophylaxe/Speicheltest     | <input type="radio"/> | Amalgam-Entfernung                      | <input type="radio"/> |
| Parodontosebehandlung              | <input type="radio"/> | Kiefergelenksbehandlung / Axiographie   | <input type="radio"/> |
| Zahnersatz                         | <input type="radio"/> | Implantate / Implantatversorgung        | <input type="radio"/> |
| Ästhetik / Bleichen                | <input type="radio"/> | Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? | <input type="radio"/> |
| Vollkeramik-Kronen/Verblendschalen | <input type="radio"/> | Schnarcherschiene                       | <input type="radio"/> |

**ANAMNESE-FRAGEBOGEN**

Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen.

**Gesundheitsstatus** Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?

- |  |                          |                            |   |
|--|--------------------------|----------------------------|---|
| Allergien  | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | Allergie-Pass vorhanden? .....  |
| wenn ja, welche?   | .....                    |                            |   |
| Hepatitis (Lebererkrankung)                              | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |   |
| Epilepsie  | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |   |
| Rheuma/rheumat. Fieber                                   | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |   |
| Diabetes (Zuckererkrankung)                              | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |   |
| Schilddrüsenerkrankung                                   | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |   |
| Asthma/Lungenerkrankung                                  | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |   |
| Nierenerkrankung   | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |   |
| Nasen-/Nebenhöhlenerkrankg.                              | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |   |
| Herzerkrankung   | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | Herz-Pass? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>          |
| Herzschrittmacher  | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | Künstl. Herzklappen ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Hoher Blutdruck  | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | Niedriger Blutdruck ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Blutungsneigung  | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | Bluterkrankung ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>      |
| Marcumar/Gerinnungshemmer                                | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |   |
| Besteht eine Biphosphat-Therapie?                        | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |   |
| Wurde bei Ihnen ein HIV-Test gemacht?                    | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | pos. <input type="radio"/> neg. <input type="radio"/>                   |
| Sind Sie Raucher?  | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | wenn ja, Zigaretten täglich? .....                                      |
| Für unsere weiblichen Patienten:                         |                          |                            |   |
| Sind Sie schwanger?                                      | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | wenn ja, in welchem Monat? .....  |
| Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?              | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |   |
| wenn ja, welche?   | .....                    |                            |   |
| Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? .....          |                          |                            |   |
| .....  |                          |                            |   |
| Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Welche? ..... |                          |                            |   |
| .....  |                          |                            |   |



**Sie sind uns wichtig** Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst »vor dem Zahnarzt«  starke Schmerzempfindlichkeit  starker Würgereiz

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch vermisst? .....

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

per Brief  per SMS  per E-Mail

## 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 in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus Trigemini mit Gefühl versorgt.

Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (Intraligamentäre Anästhesie) oder in der Nähe eines der drei Hauptäste des Nerven (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten nicht unbedingt vermeidbar.

**Ferner kann es u.a. zu folgenden Komplikationen kommen:**

**Hämatom (Bluterguss):** Durch die Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umliegende 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 Infektionen kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt darüber informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zur vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

**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 Injektionen 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 u. der zahnärztlichen Behandlung kann es zu Beeinträchtigungen 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 in dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

**Selbstverletzung:** Sollten außer dem behandelten Zahn auch umgebende Weichteile betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

++++

### Einverständniserklärung

- Ich möchte immer mit örtl. Betäubung behandelt werden.  Ich möchte nie mit örtl. Betäubung behandelt werden.  
 Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.  Bei sehr schmerzhaften Maßnahmen – örtl. Betäubung.

.....

Datum

.....

Unterschrift

**Bitte rufen Sie rechtzeitig – 24 Stunden vorher – an, wenn Sie verhindert sind. Danke!**