saarzahn

ZAHNÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS
Carla Birke | Dr. Sabine Thiel | Hendrik J. Stachel
Saargemünder Straße 85–87 | 66119 Saarbrücken

ANMELDUNG UND FRAGEN ZUR GESUNDHEIT

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 _____ geb. _____

Mitglied

Name, Vorname _____ geb. _____

Kontaktdaten

Straße, Nr. _____

Ort, PLZ _____

Tel. _____ Mobil _____

E-Mail _____ Fax _____

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

Beruf / Arbeitgeber

Arbeitgeber _____ Tel. _____

Anschrift _____ Beruf _____

Krankenkasse / Versicherung

Krankenkasse _____ Mitglieds-Nr. _____

Versicherung gesetzlich

Pflichtversichert ○ Ja ○ Nein

Freiwillig versichert ○ Ja ○ Nein

Zusatzversicherung / Wenn ja, welche? ○ Ja ○ Nein

Versicherung privat

Vollversichert ○ Ja ○ Nein

Beihilfe / Wenn ja, welche? ○ Ja ○ Nein

Basistarif ○ Ja ○ Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung von _____

Überweisung von _____

☐ Internet ☐ Telefonbuch ☐ Sonstiges: _____

Wichtiger Hinweis: Teilen Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung 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.

_____ X _____

Datum Unterschrift

Gibt es Fragen oder Probleme beim Ausfüllen des Formulars?
Wir helfen Ihnen gerne weiter – persönlich direkt am Empfang oder telefonisch unter 0681 / 85 19 77.

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Bei einer gründlichen Untersuchung beschränken wir uns nicht auf Ihre Zähne und Ihren Kiefer, sondern beziehen das gesamte Kausystem mit all seinen Strukturen mit ein.
Ebenso ist Ihr allgemeiner Gesundheitszustand von Wichtigkeit.

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.

ZAHNMEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Wie würden Sie den Zustand Ihres Mundes einschätzen?	◯ ausgezeichnet ◯ gut ◯ mittelmäßig ◯ schlecht
Letzter Zahnarzt	
Wie lange waren Sie Patient?	
Datum der letzten zahnärztlichen Untersuchung	
Datum der letzten Röntgenaufnahmen im Kopfbereich	
Datum der letzten Behandlung (außer Zahnreinigung)	
Ich besuche meinen Zahnarzt alle:	◯ 3 Monate ◯ 4 Monate ◯ 6 Monate ◯ 12 Monate ◯ unregelmäßig
Welches unmittelbare Problem haben Sie?	

Bitte beantworten Sie folgende Fragen mit JA oder NEIN.

Persönliche Vorgeschichte

Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung?	◯ Ja	◯ Nein
Hatten Sie eine negative Erfahrung beim Zahnarzt?	◯ Ja	◯ Nein
Hatten Sie in der Vergangenheit jemals Komplikationen nach einer Behandlung?	◯ Ja	◯ Nein
Ist es je vorgekommen, dass die Betäubung nicht gewirkt hat oder Sie negativ auf die Lokalanästhesie reagiert haben?	◯ Ja	◯ Nein
Hatten Sie jemals eine Zahnspange, eine kieferorthopädische Behandlung oder wurde Ihr Biss korrigiert?	◯ Ja	◯ Nein
Wurden Ihnen Zähne entfernt?	◯ Ja	◯ Nein

Charakteristika beim Lächeln

Gibt es irgendetwas am Aussehen Ihrer Zähne, das Sie gerne ändern möchten?	◯ Ja	◯ Nein
Haben Sie Ihre Zähne schon einmal aufgehellt (gebleicht)?	◯ Ja	◯ Nein
Ist Ihnen das Aussehen Ihrer Zähne unangenehm oder fühlen Sie sich dadurch gehemmt?	◯ Ja	◯ Nein
Waren Sie mit dem Aussehen nach einer zahnmedizinischen Behandlung in der Vergangenheit schon einmal enttäuscht?	◯ Ja	◯ Nein

Zahnstruktur

Hatten Sie in den letzten drei Jahren Karies?	◯ Ja	◯ Nein
Kommt Ihnen die Speichelmenge im Mund zu gering vor oder haben Sie Probleme beim Schlucken von Nahrung?	◯ Ja	◯ Nein
Spüren oder bemerken Sie irgendwelche Löcher auf der Bissoberfläche Ihrer Zähne?	◯ Ja	◯ Nein
Reagieren irgendwelche Zähne empfindlich auf heiß, kalt, Druck, süß oder vermeiden Sie es, irgendeinen Teil Ihres Mundes zu putzen?	◯ Ja	◯ Nein
Haben Sie Rillen oder Kerben auf den Zähnen in der Nähe des Zahnfleischrandes (Zahnhals)?	◯ Ja	◯ Nein
Hatten Sie jemals eine gerissene oder gebrochene Füllung oder einen gebrochenen, abgesplitterten oder gesprungenen Zahn?	◯ Ja	◯ Nein
Bleiben Ihnen oft Speisen zwischen den Zähnen hängen?	◯ Ja	◯ Nein

Biss und Kiefergelenk

Haben sich Ihre Zähne in den letzten 5 Jahren verändert? Sind sie kürzer, dünner geworden oder haben sie sich abgenutzt?	◯ Ja	◯ Nein
Haben sich im Laufe der Zeit Zahnlücken entwickelt?	◯ Ja	◯ Nein
Beißen Sie Ihre Nägel, verwenden Sie Ihre Zähne, um Gegenstände zu halten, oder haben Sie irgendwelche sonstigen Gewohnheiten mit Ihrem Mund?	◯ Ja	◯ Nein
Beißen Sie Ihre Zähne tagsüber zusammen oder verursachen sie Schmerzen?	◯ Ja	◯ Nein
Haben Sie Schlafprobleme oder Schmerzen bezüglich Ihrer Zähne beim Aufwachen?	◯ Ja	◯ Nein
Tragen Sie eine Knirscher-Schiene oder haben Sie jemals eine getragen?	◯ Ja	◯ Nein
Haben Sie Beschwerden beim Kauen?	◯ Ja	◯ Nein
Kauen Sie regelmäßig Kaugummi?	◯ Ja	◯ Nein
Ist irgendein Zahn besonders empfindlich?	◯ Ja	◯ Nein
Müssen Sie einen Platz suchen, um die Zähne richtig zu schließen?	◯ Ja	◯ Nein
Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? Wenn ja, auf welcher Seite?	◯ Ja	◯ Nein
Haben Sie manchmal Schmerzen im Ohrbereich? Wenn ja, auf welcher Seite?	◯ Ja	◯ Nein
Leiden Sie an Kopfschmerzen? ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig	◯ Ja	◯ Nein
Leiden Sie unter Verkrampfungen oder Ziehen? ☐ Kopfbereich ☐ Nackenbereich ☐ Hals	◯ Ja	◯ Nein

Zahnfleisch und Knochen

Schmerzt oder blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder wenn Sie Zahnseide benutzen?	◯ Ja	◯ Nein
Sind Sie schon einmal wegen Parodontose behandelt worden oder hat man je von Knochenschwund um die Zähne gesprochen?	◯ Ja	◯ Nein
Haben Sie jemals einen unangenehmen Geschmack oder Geruch in Ihrem Mund festgestellt?	◯ Ja	◯ Nein
Gibt es in Ihrer Familie Personen mit einer Parodontose in der Vorgeschichte?	◯ Ja	◯ Nein
Ist bei Ihnen jemals das Zahnfleisch zurückgegangen oder haben Sie den Eindruck, dass Ihre Zähne länger werden?	◯ Ja	◯ Nein
Haben sich Zähne je von selbst gelockert oder haben Sie Probleme, wenn Sie in einen Apfel beißen?	◯ Ja	◯ Nein
Haben Sie jemals ein Brennen in Ihrem Mund verspürt?	◯ Ja	◯ Nein
Leiden Sie an Mundgeruch?	◯ Ja	◯ Nein

Anmerkungen

Hatten Sie nach einem Unfall jemals Beschwerden im Kopfbereich oder Nacken?	◯ Ja	◯ Nein
Beeinflussen die Beschwerden Ihr Wohlbefinden oder Ihre Schaffenskraft?	◯ Ja	◯ Nein
Vermuten Sie eine ernste Störung oder Erkrankung?	◯ Ja	◯ Nein
Frühere Operationen? Wenn ja, welche?	◯ Ja	◯ Nein

X

Datum — Unterschrift des Patienten

Datum — Unterschrift des Arztes

Mein Hausarzt		
	Name	
	Straße, Ort	
	Telefon	
	Fax	
	E-Mail	

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?	

Weitere aktuelle Behandlungen			
Grund der Behandlung		Facharzt (Name, Ort)	
Grund der Behandlung		Facharzt (Name, Ort)	
Grund der Behandlung		Facharzt (Name, Ort)	

Wie schätzen Sie Ihre allgemeine Gesundheit ein? ○ ausgezeichnet ○ gut ○ mittelmäßig ○ schlecht

MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Herz / Kreislauf	Ja	Nein
Herzfehler	○	○
Angina pectoris	○	○
Herzinfarkt	○	○
Herzmuskelentzündung	○	○
Herzklappenentzündung	○	○
Künstliche Herzklappe	○	○
Herzschrittmacher	○	○
Hoher Blutdruck	○	○
Niedriger Blutdruck	○	○
Rhytmusstörungen	○	○
Herzschwäche	○	○
Sonstiges:		

Magen / Darm	Ja	Nein
Geschwür	○	○
Verdauungsstörungen	○	○
Sodbrennen	○	○
Refluxkrankheit	○	○
Sonstiges:		

Gefäße	Ja	Nein
Schlaganfall	○	○
Durchblutungsstörungen	○	○
Krampfadern	○	○
Thrombosen	○	○
Sonstiges:		

Stoffwechsel / Zuckerkrankheiten	Ja	Nein
Diabetes mellitus Typ I	○	○
Diabetes mellitus Typ II	○	○
Schilddrüsenunterfunktion	○	○
Schilddrüsenüberfunktion	○	○
Sonstiges:		

Blut	Ja	Nein
Gerinnungsstörungen bei sich selbst	○	○
Gerinnungsstörungen bei Blutsverwandten	○	○
Häufiges Nasenbluten	○	○
Blaue Flecken schon nach leichten Berührungen	○	○
Nachbluten im Anschluss an Operationen	○	○
Sonstiges:		

Leber	Ja	Nein
Leberverhärtung	○	○
Fettleber	○	○
Gallensteine	○	○
Hepatitis	○	○
Sonstiges:		

Augen	Ja	Nein
Grüner Star (Glaukom)	○	○
Grauer Star (Katarakt)	○	○
Starke Einschränkung der Sehkraft	○	○
Blindheit	○	○
Sonstiges:		

Skelettsystem	Ja	Nein
Gelenkerkrankungen	○	○
Rückenbeschwerden	○	○
Bandscheibenbeschwerden	○	○
Muskelschwäche	○	○
Fibromyalgie	○	○
Sonstiges:		

Immunschwäche	Ja	Nein
Einnahme von Cortison	○	○
Organtransplantation	○	○
HIV-positiv / AIDS	○	○
Sonstiges:		

Schwangerschaft		
Sind Sie schwanger?	○	○
Schwangerschaftswoche		

Regelm. Medikamente	Ja	Nein
Blutdruckmedikamente	○	○
Herzmedikamente	○	○
Schmerzmittel	○	○
„Antibabypille"	○	○
Psychopharmaka	○	○
Antidiabetika	○	○
Sonstiges:		

Nieren	Ja	Nein
Dialysepflichtigkeit	○	○
Nierenentzündung	○	○
Nierensteine	○	○
Sonstiges:		

Nikotin / Alkohol	Ja	Nein
Rauchen Sie?	○	○
Wieviel durchschnittlich?		
Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol?	○	○
Wieviel durchschnittlich?		

Sonstige Hinweise	Ja	Nein
	○	○

Atemwege / Lunge	Ja	Nein
Asthma	○	○
Lungenentzündung	○	○
Tuberkulose	○	○
Chronische Bronchitis	○	○
Lungenblähung	○	○
Schlafapnoe	○	○
Schnarchen Sie?	○	○
Sonstiges:		

Andere Erkrankungen	Ja	Nein
HIV	○	○
Parkinson	○	○
Alzheimer	○	○
MS	○	○
Drogen	○	○
Sonstiges:		

Knochen	Ja	Nein
Wurden bzw. werden Sie zur Zeit mit Biophosphaten behandelt?	○	○
Wegen welcher Erkrankung?		
Wann?		
Mit welchem Präperat?		

Röntgen	Ja	Nein
Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?	○	○

Nerven	Ja	Nein
Krampfanfälle (Epilepsie)	○	○
Lähmungen	○	○
Depressionen	○	○
Angstzustände	○	○
Waren / sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung?	○	○
Kopfschmerzen	○	○
Bulimie / Abhängigkeit	○	○
ADHS	○	○
Sonstiges:		

Allergien	Ja	Nein
Heuschnupfen oder Überempfindlichkeiten	○	○
Fruchtzucker	○	○
Medikamente	○	○
Jod	○	○
Pflaster	○	○
Latex	○	○
Allergiepass	○	○

Gerinnungshemmende Medikamente		Ja	Nein
Aspirin / ASS	□	○	○
Marcumar	□	○	○
Ticlopidin	□	○	○
Clopidogrel	□	○	○
Sonstiges:			

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

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 Trigeminus (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 unbedingt vermeidbar.

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 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.

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- 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 Ihren Zahnarzt.

Verkehrstüchtigkeit: Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen.
Dies 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.

☐ Ich möchte weitergehende Informationen über alternative Techniken zur Lokalanästhesie oder Sedierung (intraligamentäre Anästhesie, Lachgas)

Datum

X Unterschrift