



Zahnarztpraxis
Dr. Franziska John

Anmeldung und Fragen zu Ihrer Gesundheit

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	Geb. und Geburtsort

Versicherter		
Name	Vorname	Geb.

Kontaktdaten		
Straße		Nr.
Ort		PLZ
Tel	Fax*	Mobil
E-Mail*		

Beruf/Arbeitgeber	
Arbeitgeber*	Tel*
Anschrift*	Beruf

* freiwillige Angabe

Haben Sie eine Zahn-Zusatzversicherung? Ja Nein

Sind Sie als Privatpatient im Basistarifvertrag versichert? Ja Nein

Wichtig:

Teilen Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit und denken Sie an Ihre Versichertenkarte und das Bonusheft!

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 gemäß § 615 BGB 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.

Datum

Unterschrift

<p>Herz und Kreislauf</p> <input type="checkbox"/> Herzfehler <input type="checkbox"/> Angina pectoris <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzmuskelentzündung <input type="checkbox"/> Herzklappenentzündung <input type="checkbox"/> künstliche Herzklappe <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck Wert = _____ <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Herzschwäche Sonstiges: _____	<p>Medikamente</p> <u>gerinnungshemmend:</u> <input type="checkbox"/> Aspirin®/ASS® <input type="checkbox"/> kürzlich <input type="checkbox"/> dauerhaft <input type="checkbox"/> Marcumar® <input type="checkbox"/> Eliquis® <input type="checkbox"/> Ticlopidin® <input type="checkbox"/> Lixiana® <input type="checkbox"/> Clopidogrel® <input type="checkbox"/> Xarelto® <input type="checkbox"/> Pradaxa® <u>Andere (Rückseite nutzen):</u> <input type="checkbox"/> Blutdruck <input type="checkbox"/> Herzmedikamente <input type="checkbox"/> Schmerzmittel <input type="checkbox"/> „Antibabypille“ <input type="checkbox"/> Psychopharmaka <input type="checkbox"/> Antidiabetika Sonstiges: _____	<p>Blutgerinnung</p> <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> bei sich selbst <input type="checkbox"/> bei Blutsverwandten <input type="checkbox"/> häufiges Nasenbluten <input type="checkbox"/> blaue Flecken schon nach leichten Berührungen <input type="checkbox"/> Nachbluten im Anschluss an Operationen Sonstiges: _____ Hausarzt: _____
<p>Gefäße</p> <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> Krampfadern <input type="checkbox"/> Thrombosen Sonstiges: _____	<p>Niere</p> <input type="checkbox"/> Dialysepflichtigkeit <input type="checkbox"/> Nierenentzündung <input type="checkbox"/> Nierensteine Sonstiges: _____	<p>Magendarmtrakt</p> <input type="checkbox"/> Geschwür <input type="checkbox"/> Engstelle <input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen <input type="checkbox"/> Sodbrennen <input type="checkbox"/> Refluxkrankheit Sonstiges: _____
<p>Stoffwechsel</p> <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II Hba1C Wert = _____ <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion <input type="checkbox"/> Kropf Sonstiges: _____	<p>Skelettsystem</p> <input type="checkbox"/> Gelenkerkrankungen <input type="checkbox"/> Rückenbeschwerden <input type="checkbox"/> Bandscheibenbeschwerden <input type="checkbox"/> Muskelschwäche <input type="checkbox"/> Fibromyalgie <input type="checkbox"/> Osteoporose Sonstiges: _____	<p>Nerven/Gemüt</p> <input type="checkbox"/> Krampfanfälle (Epilepsie) <input type="checkbox"/> Lähmungen <input type="checkbox"/> Depressionen <input type="checkbox"/> Angstzustände <input type="checkbox"/> Waren/sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung? <input type="checkbox"/> Leiden Sie an Kopfschmerzen? Sonstiges: _____
<p>Augen</p> <input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom) <input type="checkbox"/> Grauer Star (Katarakt) <input type="checkbox"/> starke Einschränkung der Sehkraft <input type="checkbox"/> Blindheit Sonstiges: _____	<p>Lunge</p> <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Lungenentzündung <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> Lungenblähung <input type="checkbox"/> Schlafapnoe <input type="checkbox"/> Schnarchen Sie? Sonstiges: _____	<p>Immunsystem</p> <input type="checkbox"/> Einnahme von Cortison <input type="checkbox"/> Organtransplantation <input type="checkbox"/> HIV-positiv / AIDS Sonstiges: _____ Krebserkrankung: _____
<p>Allergien</p> <input type="checkbox"/> Heuschnupfen oder <input type="checkbox"/> Überempfindlichkeiten <input type="checkbox"/> Fruchtzucker <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Jod <input type="checkbox"/> Pflaster <input type="checkbox"/> Latex (z. B. Luftballons, o. a.) <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<p>Leber</p> <input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> Leberverhärtung <input type="checkbox"/> Fettleber <input type="checkbox"/> Gallensteine <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C Sonstiges: _____	<p>Alkohol/Nikotin</p> Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wieviel durchschnittlich? _____ Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wieviel durchschnittlich? _____
<p>Schwangerschaft</p> Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schwangerschaftswoche? _____	<p>Röntgen</p> Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<p>Knochen</p> <input type="checkbox"/> Wurden bzw. werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt? Wann wegen welcher Erkrankung?

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 Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus Trigemini (einem Hirnnerv) mit Gefühl versorgt.

Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intraalveoläre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nervens (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 Kaumuskel infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch Infektionen kommen. Sie sollten uns 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- 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 uns bitte.

Verkehrsuntüchtigkeit:

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 die lokale 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.

Wir erinnern Sie gerne im Rahmen unseres „Recall-Service“ an Untersuchungen und/oder Behandlungen, damit Sie regelmäßig einen Termin in unserer Praxis vereinbaren.

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen schriftlich, telefonisch/per Fax oder per E-Mail an einen Nachsorge-Termin zur Untersuchung und/oder zur Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Ihre personenbezogenen Daten können zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: www.g-ba.de/beschluesse/4036/

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift Patient