

Patientenfragebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in aller Ruhe Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Füllen Sie deshalb bitte den nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Beachten Sie auch bitte unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten sie Rückfragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft. Fragen mit * sind freiwillige Angaben.

Name, Vorname: geb.:
 Anschrift:
 Telefon (freiwillig): E-Mail:
 Hausarzt: Krankenkasse:

Abweichender Versicherter: geb.:

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung die Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten notwendig (außer akuter Schmerzbehandlung).

Erziehungsberechtigter / betreuende Person:

.....

Besteht ein Pflegegrad? ja nein
 Pflegegrad 1 2 3 4 5

Gibt es eine betreuende Person?

Name:

Herz-/ Kreislauferkrankungen:

Hoher Blutdruck ja nein
 Niedriger Blutdruck ja nein
 Herzklappenfehler ja nein
 Herzklappenersatz ja nein
 Herzschrittmacher ja nein
 Endokarditis (auch frühere) ja nein
 Herzoperation ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
 Lebererkrankung ja nein
 Hepatitis ja nein
 Tuberkulose ja nein
 Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) ja nein
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK oder vCJK) ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie ja nein
 Antibiotika ja nein
 Schmerzmittel ja nein
 Metalle ja nein

Wenn ja, welche?

.....

Thrombose ja nein
 Krampfadern ja nein
 Organtransplantiert ja nein
 Stammzellentransplantiert ja nein
 Schnarchen Sie? ja nein
 Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein
 Asthma ja nein
 Lungenerkrankung ja nein
 Blutgerinnungsstörungen ja nein
 Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein
 Drogenabhängigkeit ja nein
 Nervenerkrankung ja nein
 Depression ja nein
 Angst (Zahnarzt) ja nein
 Nierenerkrankung ja nein
 Ohnmachtsanfälle ja nein
 Osteoporose ja nein
 Raucher ja nein
 Rheuma/Arthritis ja nein
 Schilddrüsenerkrankung ja nein
 Sonstige Erkrankungen ja nein

Wenn ja, welche?

.....

Andere Erkrankungen ja nein

Wenn ja, welche?

Sind bei Ihnen im letzten Jahr zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann?.....

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein **Wenn ja, in welcher SSW?**SSW
Stillen Sie? ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie gerade?

Medikament: seit:

Medikament: seit:

Medikament: seit:

Nehmen/ Nahmen Sie Bisphosphonate? ja nein seit

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? ja nein seit

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? ja nein seit

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? ja nein seit

Hatten Sie größere Operationen im Krankenhaus? ja nein Datum:

Wünschen Sie eine gezielte Beratung? *

Mundgeruch <input type="checkbox"/> ja	Kopf- und Nackenbeschwerden <input type="checkbox"/> ja
Zahnfleischbluten <input type="checkbox"/> ja	Zahnersatz/ Implantate <input type="checkbox"/> ja
Lachgasbehandlung <input type="checkbox"/> ja	Metallfreier Zahnersatz <input type="checkbox"/> ja
Einfluss Körper auf Zähne <input type="checkbox"/> ja	Zahnaufhellung <input type="checkbox"/> ja
Blutanalyse: Amalgam, Metalle, Kunststoffe, Werkstoffe <input type="checkbox"/> ja	Schnarchschiene <input type="checkbox"/> ja

Ich bin mit der Kontaktaufnahme der Praxis per Telefon oder E-Mail einverstanden ja nein
 Wünschen Sie eine Erinnerung an Ihren halbjährlichen Kontrolltermin? * Karte Email

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? *

Wichtige Informationen:

Ihre Behandlungszeit wird ausschließlich für Sie reserviert. Sollten Sie dennoch verhindert sein, bitten wir Sie uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vorher, den vereinbarten Termin abzusagen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung meiner Daten (Abrechnungssoftware) einverstanden.

Ort:, den

Unterschrift Patient/in /Gesetzlicher Vertreter/in:

Aufklärung über die Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Schmerzausschaltung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Sie ermöglicht notwendige Behandlungen, z. Bsp. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen und Operationen schmerzfrei durchzuführen. Die Schmerzempfindung erfolgt bei zahnärztlichen Behandlungen durch den Hirnnerven Nervus trigeminus. Zur Betäubung wird daher ein Lokalanästhetikum dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie, intraligamentäre Anästhesie) oder nah an einem der drei Hauptäste (Leitungsanästhesie) gegeben. Ein vorübergehendes Fremdgefühl der Zunge und des Schluckens, sowie Schwierigkeiten beim Sprechen, Lachen und Ausspülen und ggf. ein Hängen der Lippe sind normal. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der Substanzen möglich. So kann es u.a. zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatom (Bluterguss):

Bei Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das benachbarte Gewebe erfolgen. Bei Einblutungen in einen Kaumuskel kann es zu einer erschwerten Mundöffnung und Schmerzen, selten auch zu Infektionen, kommen. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

Nervschädigung:

Bei Durchführung der Leitungsanästhesie kann es in sehr seltenen Fällen zur Irritation von Nervenfasern kommen. Hierdurch sind temporäre oder dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Im Unterkiefer kann dies die entsprechende Hälfte der Zunge, der Unterkiefer- oder Lippenbereich sein. Eine entsprechende Therapie gibt es nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte bei Ihnen das Taubheitsgefühl nach max. 12 Stunden nicht vollständig nachgelassen haben, informieren Sie uns bitte.

Strassenverkehr:

Nach der Durchführung einer lokalen Anästhesie und der zahnärztlichen Behandlung kann es zur Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Sie sollten daher anschließend nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Selbstverletzung:

Häufig sind benachbarte Weichteile der behandelten Region ebenfalls betäubt. Vermeiden Sie bitte die Nahrungsaufnahme solange dieser Zustand anhält. Es können Bissverletzungen, Verbrennungen und Erfrierungen auftreten. Kinder kauen gern auf der entsprechenden Wangenseite. Bitte achten Sie darauf.

Allgemein:

Bei einer unvollständigen Wirkung kann eine Nachinjektion erforderlich sein.

Die Aufklärung habe ich verstanden und meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Ort:, den

Unterschrift Patient/in /Gesetzlicher Vertreter/in: