Praxis für Zahnmedizin

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname Patient _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

Fax _____ E-Mail _____

Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung

gesetzlich versichert ❍ ja ❍ nein privat versichert ❍ ja ❍ nein Basistarif ❍ ja ❍ nein

Zusatzversicherung ❍ ja ❍ nein beihilfeberechtigt ❍ ja ❍ nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

Fax _____ E-Mail _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Termine, die nicht eingehalten werden können, sollten spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden.

Einverständniserklärung zur SMS Erinnerung für längere Termine bzw. Prophylaxe ❍ ja ❍ nein

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? ❍ von Bekannten empfohlen ❍ Telefon- / Branchenbuch

❍ Überweisung von _____

❍ Internet, über die Seite _____ ❍ Sonstiges _____

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ❍ ja ❍ nein

Praxis für Zahnmedizin

Anamnese

Warum suchen Sie uns auf? Welche Wünsche verbinden Sie mit dem Besuch in unserer Praxis?

❍ Notfallbehandlung der z.Z. vorhandenen Beschwerden
❍ Routinekontrolle ❍ neuen Zahnersatz
❍ Beratung ❍ „zweite Meinung“
❍ Schmerzbehandlung ❍ andere Wünsche:

_____

Wünschen Sie eine besondere Beratung zu ...

❍ Materialverträglichkeit ❍ Kiefergelenksprobleme
❍ Implantate ❍ Amalgamentfernung
❍ Zahnästhetik

Haben Sie akute Schmerzen? ❍ ja ❍ nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

❍ Dauerschmerz
❍ Zähne reagieren auf süß / sauer
❍ Manche Zähne sind temperaturempfindlich
❍ Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
❍ Zähne schmerzen auch ohne Belastung
❍ Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
❍ Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen
❍ Kopf- oder Nackenschmerzen
Wenn ja, wo genau und wie oft treten sie auf?

_____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

Herzens oder Kreislaufs	❍ ja	❍ nein
Leber	❍ ja	❍ nein
Nieren	❍ ja	❍ nein
Schilddrüse	❍ ja	❍ nein
Magen-Darm-Traktes	❍ ja	❍ nein
Gelenke (Rheuma)	❍ ja	❍ nein
Wirbelsäule	❍ ja	❍ nein

Haben oder hatten Sie ...

hohen Blutdruck	❍ ja	❍ nein
niedrigen Blutdruck	❍ ja	❍ nein
Blutgerinnungsstörungen/ verringerte Blutstillung (normal bis 5 Min.)	❍ ja	❍ nein
Nasenbluten / Nachblutungen		
Zahnfleischbluten	❍ ja	❍ nein
Mundgeruch	❍ ja	❍ nein
Metallgeschmack im Mund	❍ ja	❍ nein
eine Parodontitisbehandlung	❍ ja	❍ nein
Wenn ja, wann? _____		
Ohrensausen / Tinnitus	❍ ja	❍ nein
Diabetes	❍ ja	❍ nein
Wenn ja, wie ist Ihr HbA1c-Wert? _____		
Epilepsie	❍ ja	❍ nein
Osteoporose	❍ ja	❍ nein
Grünen Star	❍ ja	❍ nein
Tuberkulose	❍ ja	❍ nein
HIV (Aids)	❍ ja	❍ nein
Hepatitis	❍ ja	❍ nein
Wenn ja, welcher Typ?	❍ A ❍ B	❍ C
Heuschnupfen / Allergien	❍ ja	❍ nein
Wenn ja, wogegen? _____		
Atemnot	❍ ja	❍ nein
Asthma	❍ ja	❍ nein
Atemaussetzer (Apnoe)	❍ ja	❍ nein
Angina-pectoris-Anfall	❍ ja	❍ nein

Sonstige Infektionen / (chron.) Erkrankungen / Autoimmunerkrankungen / OPs im Hals-Kiefer-Bereich:

_____

_____

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

❍ eine Herzklappenentzündung ❍ Angina Pectoris
❍ einen Herzschrittmacher ❍ einen Herzinfarkt

Medikamente: Nehmen Sie ...

❍ Herzmedikamente ❍ Cortison (Kortikoide)
❍ Schmerzmittel ❍ Antidepressiva
❍ blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
❍ andere Medikamente:

_____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ❍ ja ❍ nein
Wenn ja, gegen welche?

_____

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ❍ ja ❍ nein
Wenn ja, in welcher Woche? _____

Nur für unsere kleinen Patienten

Ist Ihr Kind gestillt worden? ❍ ja ❍ nein
Wenn ja, wie lange? _____
Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? ❍ ja ❍ nei
Wenn ja, wie lange? _____
Immer noch? ❍ ja ❍ nein

Praxis für Zahnmedizin

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen?	❍ ja	❍ nein
Schnarchen Sie?	❍ ja	❍ nein
Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?	❍ ja	❍ nein
Rauchen Sie?	❍ ja	❍ nein

Wenn ja, wie viel? _____

Hinweis für Privatpatienten bzw. beihilfeberechtigte Patienten

Das unterschiedliche Erstattungsverhalten der verschiedenen privaten Kostenträger (PKV / Beihilfe) ist nicht Grundlage unserer Therapieentscheidung, da sich die Behandlungsplanung grundsätzlich an dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand und damit an einer individuell optimalen Therapie orientieren sollte. Wir möchten darauf hinweisen, dass unter Umständen – insbesondere bei beihilfeberechtigten Patienten, jedoch auch zunehmend bei Privatpatienten ohne Beihilfestatus – bestimmte GOZ-Gebührenpositionen bzw. deren Steigerungsfaktoren nicht akzeptiert werden und Sie deshalb eventuell die Kosten nicht vollständig erstattet bekommen.

_____

Datum Unterschrift des Patienten

Sonstiges

Ich stimme der anonymen Verwendung von Röntgenbildern und Fotos für wissenschaftliche Studienzwecke und zur Demonstration zu

_____

Datum Unterschrift des Patienten

Aufklärung über lokale Betäubung

Zur Schmerzausschaltung beim zahnärztlichen Eingriff wird eine lokale Narkose eingesetzt.

➔ **Jede lokale Narkose kann die Fahrtauglichkeit einschränken!**

Bei der Behandlung der unteren Zähne wird dabei eine Spritze in den hinteren Bereich des Kiefers gespritzt. Dabei sollte man fast nichts merken.

Bitte geben Sie sofort Bescheid, wenn etwas weh tut!

In sehr seltenen Fällen kann es nämlich zu einer Beeinträchtigung der in diesem Gebiet verlaufenden Nerven kommen. Das kann sich in Form einer Taubheit in der Unterlippe, einer Zungenseite o. ä. auswirken und als sehr unangenehm empfunden werden. Vor allem, wenn die Taubheit im ungünstigsten Fall dauerhaft bestehen bleibt (normal einige Tage bis 6 Monate).

Wir sind rechtlich verpflichtet, Sie hierauf hinzuweisen, obwohl wir persönlich den ungünstigsten dauerhaften Ausgang nach einer lokalen Narkose noch nie erlebt haben.

Eine Alternative wäre eine Vollnarkose, bei der aber deutlich mehr Risiken bestehen. Die lokale Narkose ist im Vergleich zur Häufigkeit ihrer Anwendung eine Methode mit geringem Risiko.

_____

Datum Unterschrift des Patienten

Fragen / Anmerkungen

_____

_____

_____

Teilen Sie uns bitte unbedingt mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat bzw. Sie neue Medikamente einnehmen!

_____

Datum Unterschrift