



## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Liebe/r Patient/in,  
Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die  
zahnärztliche Versorgung haben – für eine  
individuelle, auf Ihre Gesundheit abgestimmte  
Behandlung und Beratung benötigen wir daher  
einige persönliche Angaben von Ihnen.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so sorgfältig  
wie möglich aus und teilen uns Änderungen Ihres  
Gesundheitszustandes unmittelbar mit. Bei  
Rückfragen oder Anmerkungen helfen wir Ihnen  
gerne weiter. Vielen Dank!

**Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.**

### PERSONALIEN

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat)

\_\_\_\_\_  
Telefon (mobil)

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Hausarzt

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

- pflichtversichert     privat versichert  
 freiwillig versichert     Beihilfe

### ERINNERUN AN DEN NÄCHSTEN TERMIN

- Ich möchte per SMS an meinen nächsten Termin erinnert werden.  
 Ich möchte per E-Mail an meinen nächsten Termin erinnert werden.  
 Ich möchte gar nicht erinnert werden

### WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN

- Internet                       Telefonbuch                       Freund/Familie  
 Werbung/Anzeige             Praxisschild                       Sonstiges

**GESUNDHEITSFRAGEBOGEN****JA NEIN**

1. Waren Sie in den letzten Jahren im Krankenhaus oder in ärztlich Behandlung?
- Wenn ja, weshalb \_\_\_\_\_
2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
3. Nehmen Sie blutverdünnende Mittel? (z.B. Marcumar, ASS, Xarelto, Eliquis)
4. Sind bei Verletzungen oder Behandlungen längere Blutungen aufgetreten?
5. Leiden Sie an Allergien? (z.B. Heuschnupfen, Medikamente, Latex)
6. Wurden Sie oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt?
7. Sind Sie Raucher?
- Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_
8. Gibt es Zahnrontgenaufnahmen von Ihnen?
- Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_
9. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?
- Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

10. Haben bzw. hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen?

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>		<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Herzkrankheiten (z.B. Infarkt, Endokarditis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung (z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruckveränderungen niedrig/hoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutkrankheit (z.B. Blutarmut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma, rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheit (z.B. TBC, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebs (Tumorerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (z.B. Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gemütskrankung (z.B. Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung (z.B. Dialyse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lernschwäche/Geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung Unterfunktion/Überfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augenleiden (z.B. grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörprobleme (z.B. Trommelfellröhrchen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## WICHTIGE INFORMATION

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet, dass in der Regel nur geringe Wartezeiten entstehen und dass wir die für Sie reservierte Zeit vollauf für Sie zur Verfügung haben.

Allerdings bedeutet dies auch, dass wir Sie bitten müssen, uns **spätestens 48 Stunden vorher abzusagen**, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können. Ansonsten behalten wir uns vor, Ihnen die ungenutzte Zeit in Rechnung zu stellen.

## INFORMATION ÜBER DIE ÖRTLICHE BETÄUBUNG (ZAHNÄRZTLICHE LOKALANÄSTHESIE)

Die zahnärztliche Lokalanästhesie dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen wie z.B. Implantate, Knochenaufbau, Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen und sonstige Operationen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion von einem Hirnnerv (Nervus Trigeminus) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesie-Lösung an folgenden Stellen platziert:

- a) an der Schleimhaut, die den Zahn umgibt (Infiltrationsanästhesie) und/oder
- b) in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen, direkt zwischen Zahn und Zahnfleisch (Intraligamentäre Anästhesie) und/oder
- c) im Unterkiefer in der Nähe des Haupt-Unterkiefernervs (Nervus Mandibularis)

Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanz sehr selten zu beobachten.

### FOLGENDE KOMPLIKATIONEN SIND MÖGLICH:

Bluterguss (Hämatom)

Durch die Verletzung kleiner Blutgefäße im Zahnfleisch können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen Kaumuskel infolge der Injektion, kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und/oder Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

### Nervenschädigung

Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern entstehen. Hierdurch sind vorübergehende, sehr selten auch dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte, Unterkiefer und/oder Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht, es kann versucht werden, mittels Vitaminspritzen (Vitamin B6, B12, Folsäure) eine schnellere Regeneration zu unterstützen. Die spontane Heilung muss jedoch abgewartet werden.

### Verkehrstüchtigkeit

Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung, kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist teilweise auf das Medikament (Lokalanästhetikum), aber auch auf die Verfassung des Patienten (Stress, Angst, vor der Behandlung) zurückzuführen. Wir empfehlen, nach einer Behandlung mit örtlicher Betäubung nicht aktiv im Straßenverkehr teilzunehmen.

### Selbstverletzung

Durch lokale Betäubung sind außer dem zu behandelnden Zahn oder Kieferbereich meist auch die umgebenden Weichteile (Zunge, Wangen, Lippe) mit betäubt. Bitte verzichten Sie, solange Sie das Taubheitsgefühl verspüren, auf Nahrungsaufnahme. Es besteht die Gefahr der Selbstverletzung durch Bissverletzungen, Verbrennungen oder Erfrierungen. Leicht gekühlte Getränke oder besser: Getränke auf Zimmertemperatur können Sie bedenkenlos einnehmen.

Hiermit versichere ich, dass ich die Information zur örtlichen Betäubung und zu möglichen Komplikationen aufmerksam und komplett durchgelesen habe, sowie alle mich interessierenden Fragen geklärt wurden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient/in