

Informations- und Anamnesebogen für die Behandlung bei Zahnarzt

Diese Basisinformation soll wichtige Punkte Ihres Gesundheitszustandes dokumentieren und Sie über Grundlegendes aufklären. Bitte scheuen Sie sich nicht, Fragen zu stellen und dem Behandler alles mitzuteilen, was Ihnen wichtig erscheint.

Patientendaten:

Familienname:	Vorname:
Geburtsname:	Geburtsdatum:
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Staatsbürgerschaft:
Straße, Hausnr.	Postleitzahl/ Ort:
Telefonnummer: Handy:	Email:
Beruf:	Arbeitgeber:
Krankenkasse/ Versicherungsträger:	
Arbeitsunfall: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein	

Mitversichert bei:

Familienname:	Vorname:	
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Geburtsdatum:	Staatsbürgerschaft:

Verständigungsperson:

Name:	Telefonnummer:
-------	----------------

Bei Anspruch auf Pflegegrad (gem. §15 SGB XI) oder Eingliederungshilfe (gem. §53 SGB XII) erhalten Sie zusätzliche Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse. Liegt ein solcher Anspruch vor? nein ja

Sind Sie mit unserem kostenlosem Erinnerungssystem einverstanden? nein ja

Was der Zahnarzt wissen muss

I. Fragen zur allgemeinen Gesundheit

Im Allgemeinen sind die üblichen Behandlungsmaßnahmen durch den Zahnarzt, wie Bohren, Schleifen oder das Zahnziehen, risikoarm. Um jedoch Vorerkrankungen rechtzeitig zu erkennen und die Behandlung gezielt darauf abstimmen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten.

Sind Störungen des Stoffwechsels (z.B. Diabetes) oder Organschäden (Herz, Leber, Nieren) bekannt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sollten Sie an Diabetes erkrankt sein, ist Ihnen Ihr HbA1c (Langzeitwert) bekannt? Wenn ja, bitte nennen Sie uns den Wert!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Leiden Sie unter hohem Blutdruck/ niedrigem Blutdruck ? <u>Zutreffendes bitte unterstreichen!</u>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Leiden Sie unter Blutgerinnungsstörungen ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Leiden Sie oder Ihr Kind an einer chronischen Erkrankung (z.B. Epilepsie)? Wenn ja, an welcher?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. blutverdünnende Medikamente (!) , Blutdrucksenker, Herzmedikamente, Schmerzmittel, Medikamente gegen Osteoporose) ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bestehen bei Ihnen Allergien oder Überempfindlichkeiten (z.B. gegen Metalle, Latex, Medikamente, Nahrungsmittel, örtliche Betäubung)? Wenn ja, wogegen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind jemals Komplikationen nach Betäubungsspritzen , einer Zahntfernung oder einer anderen zahnärztlichen Behandlung aufgetreten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Leiden Sie aktuell an einer Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, AIDS, TBC) Wenn ja, an welcher? Die Behandler und Mitarbeiter unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

II. Spezielle Zahnärztliche Fragen

Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk oder chronische Kopfschmerzen ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie lockere Zähne ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Leiden Sie unter Mundgeruch ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie einen Zahnersatz ? Wenn ja, wie alt ist dieser?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie? <u>Zutreffendes bitte unterstreichen!</u>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurden Sie schon einmal im Kopfbereich geröntgt ? Wenn ja, wann und wo?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung bzw. hochwertigen Keramik-/ Kunststofffüllungen interessiert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie eine Zusatzversicherung ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Bitte informieren Sie uns vor jeder Behandlung über etwaige Änderungen. Zur Sicherheit können Sie diesen Fragebogen vor späteren Behandlungen gerne wieder einsehen!

Allgemeine Informationen

In der Regel treten bei einfachen Behandlungsmaßnahmen durch den Zahnarzt keine Komplikationen auf. Trotz aller Sorgfalt können jedoch durch die Behandlung selbst oder das Einspritzen von Mitteln zur örtlichen Betäubung vereinzelt folgende Störungen vorkommen:

- ◆ Meist harmlose Verletzungen an der Schleimhaut, Zunge und seltener an Knochengewebe, die in der Regel von selbst abheilen.

Bitte verhalten Sie sich während der Behandlung möglichst ruhig und vermeiden unerwartete Kopfbewegungen!
- ◆ Selten leichtere Unverträglichkeitsreaktionen auf das Betäubungsmittel, wie z.B. Hautausschlag, Quaddelbildung oder Juckreiz, Übelkeit, Schwindelgefühl und in sehr selten Fällen auch Ohnmacht.
- ◆ Äußerst selten schwerwiegende allergische Reaktionen auf das Betäubungsmittel, die sich z.B. als Kreislaufzusammenbruch äußern und stationäre Behandlungen erfordern.
- ◆ Blutungen und Nachblutungen, die in der Regel keiner Behandlung bedürfen: Schwierigkeiten können auftreten, wenn eine Blutgerinnungsstörung vorliegt oder bei der Einnahme blutgerinnungshemmender Medikamente.
- ◆ Selten Infektionen bei Maßnahmen, die zur Verletzung an Schleimhaut oder Knochen führen (z.B. Zahnextraktion, Wurzelkanalbehandlungen); dadurch kann es zur Beeinträchtigung der Wundheilung oder zu einer erhöhten Schmerzhaftigkeit im behandelten Bereich kommen. Unterstützend kann die Behandlung mit Antibiotika notwendig sein.
- ◆ Äußerst selten eine Schädigung von Nerven durch das Einspritzen von Betäubungsmitteln oder durch den Eingriff selbst. Es kommt dann zu einer länger andauernden Gefühlslosigkeit an Zunge und Lippe, die in der Regel von allein abklingt.
- ◆ Nach Legen von Füllungen kann an undichten Füllungsrandern neuerlich Karies entstehen. Lassen Sie daher Ihre Zähne mindestens 2x pro Jahr vom Zahnarzt kontrollieren, damit solche Schäden frühzeitig erkannt und beseitigt werden können.
- ◆ In seltenen Fällen können nach dem legen von Füllungen Schmerzen auftreten und sehr selten kann das Gewebe im Zahn („Nerv“) absterben. Schmerzen oder selten auch ein Zahnabszess können die Folge sein. Es kann ohne Auftreten von Schmerzen zu einer Knochenauflösung im Bereich Zahnwurzel kommen und selten zu Lockerung und Verlust des Zahnes.
- ◆ Fluorid reduziert die Säurebildung im Mund durch Hemmung der Glykolyse und wirkt so der Kariesentstehung entgegen.
- ◆ Fluorid härtet den Zahnschmelz durch Bildung von Fluor-Apatit.

Verhalten nach der Behandlung

- ◆ Solange die örtliche Betäubung wirksam ist, können beim Kauen Verletzungen an Wange und Zunge entstehen. Deshalb sollten Sie/ Ihr Kind in dieser Zeit nicht Essen oder heiße Getränke zu sich nehmen.
- ◆ Bitte beachten Sie die Einschränkung der Reaktionsfähigkeit und damit die Straßenverkehrstauglichkeit durch die örtliche Betäubung. Fragen Sie Ihren Behandler, wie lange nach der Behandlung kein Kraftfahrzeug oder Zweirad geführt und nicht an gefährlichen Maschinen gearbeitet werden darf.

- ◆ Benachrichtigen Sie uns umgehend, falls starke Schmerzzustände, stärkere Schwellungen, hohes Fieber oder anhaltende Nachblutungen auftreten. Unter Umständen sind dann weitergehende Behandlungsmaßnahmen erforderlich.

Praxisinterne Hinweise

- ◆ Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. **Wir behalten uns vor, reservierte Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, in Rechnung zu stellen. Die Höhe des Rechnungsbetrages richtet sich nach Dauer und Aufwand der geplanten Behandlung.**
- ◆ **Für gesetzlich versicherte Patienten:** Sollte die Gesundheitskarte/ Krankenversicherungskarte nicht vorgelegt werden, erfolgt **10 Tage nach Behandlungsbeginn eine private Rechnungsstellung.**
- ◆ Informationen zur Datenverarbeitung gemäß Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) liegen in unserer Praxis an der Rezeption aus. Gerichtsstand ist Passau.

Ich habe dieses Informationsblatt gelesen und den Inhalt verstanden.

Außerdem hatte ich die Möglichkeit, weitergehende Fragen zu stellen.

Ich versichere, die Fragen sorgfältig beantwortet zu haben.

Datum

Unterschrift der Patientin/ Patienten/ des gesetzlichen Vertreters*

Datum

Unterschrift der Behandlerin / des Behandlers

*Grundsätzlich ist es erforderlich, dass beide Elternteile unterschreiben. Liegt nur die Unterschrift eines Elternteils vor, so versichert die/ der Unterzeichnende zugleich, dass sie/ er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat oder dass sie/ er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt

*Betreuer legen bitte den Betreuungsausweis vor oder geben eine Kopie dieses Nachweises ab.