

Praxis am Landschaftspark

Die ganze Zahnmedizin

LIEBE DEIN LÄCHELN

Ihr Wohlbefinden liegt uns am Herzen. Deshalb möchten wir Ihre Wünsche, Vorstellungen und Ansprüche kennen lernen. So können wir Sie von Beginn an optimal betreuen.

Wir sind Ihnen daher dankbar, wenn Sie sich ein paar Minuten Zeit für uns nehmen und den folgenden Patientenbogen ausfüllen. Wir freuen uns, Ihnen im Anschluss unser umfangreiches Leistungsspektrum vorstellen zu dürfen.

Hiermit versichern wir, dass Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Betreuung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

I. Persönliche Angaben

Patient

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Versicherter

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Kontakt

Private Tel.: _____ Geschäftlich: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Beruf: _____

Pflichtversichert Freiwillig versichert Private Zusatzversicherung Beihilfe privat privat/Basistarif

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung von: _____ Überweisung durch: _____

Internet Telefonbuch Gelbe Seiten Sonstiges _____

II. Risikoanamnese

Diese Angaben sind notwendig, damit Risiken und Komplikationen während der Behandlung vorgebeugt werden kann.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (HIV, TBC, Hepatitis etc.) | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen (Herzschrittmacher, Bluthochdruck etc.) |
| <input type="checkbox"/> Hormonelle Erkrankungen (Diabetes, Schilddrüse etc.) | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Chronische Erkrankungen (Rheuma, MS, Krebs, Epilepsie etc.) | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (___ Monat) <input type="checkbox"/> Stillzeit (___ Monat) |
| <input type="checkbox"/> Allergien, Arzneimittelüberempfindlichkeiten, welche? _____ | <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme welche? _____ |

Sind oder waren Sie Raucher?

III. Spezielle medizinische Anamnese

Allgemeinerkrankungen und Befindlichkeitsstörungen können in Wechselwirkung zum Kauorgan stehen. Durch Ihre Angaben können eventuelle Zusammenhänge erkannt und während der Therapie berücksichtigt werden.

- Magen, Bauchspeicheldrüse, Milz: _____
- Leber, Galle: _____
- Atemsystem, Verdauung, Nasennebenhöhle: _____
- Haut (Allergie, Neurodermitis etc.): _____
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hormonelle Störungen: _____
- Niere, Blase, Lymphe, Unterleib: _____
- Psychische Probleme/Belastungen (auch Therapie): _____
- Spezielle Probleme oder sonstige Erkrankungen: _____

IV. Zahnmedizinische Anamnese

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Aktuell: _____

Langfristig: _____

Wie lange liegt Ihr letzter Zahnarztbesuch zurück? Welche zahnärztlichen Maßnahmen wurden getroffen bzw. besprochen?

Was ist Ihnen im Zusammenhang mit Ihrer zahnärztlichen Betreuung besonders wichtig?

Wie zufrieden sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne? Zeigen Sie Ihre Zähne gerne?

Ja Nein, weil _____ Neutral

Sind Sie an ästhetischen Veränderungen interessiert?

- Ja, ich empfinde die Farbe meiner Zähne als unattraktiv und bin an einem Bleaching (Aufhellung der Zähne) interessiert
- Mich stört das Aussehen von Füllungen oder Zahnersatz in meinem Mund
- Die Stellung meiner Zahnreihen empfinde ich als nicht optimal
- Ich hätte gerne ein gesünder aussehendes Zahnfleisch
- Meine Zahnlücken stören mich
- Sonstiges: _____

Haben Sie Zahnersatz? Ja Seit wann _____ Festsitzend Herausnehmbar Nein

Haben Sie Implantate? Ja Seit wann _____ Nein

Was könnte Ihrer Meinung nach hierbei verbessert werden?

- Optik Kaufunktion Sitz/Halt Hygienefähigkeit Biol. Verträglichkeit
- Sonstiges: _____

Ist Ihnen aufgefallen, dass...

- Ihr Zahnfleisch (häufiger) blutet
- Ihr Zahnfleisch zurückweicht bzw. Ihnen Ihre Zähne länger erscheinen als sonst
- Sie unter schlechtem Geschmack/Mundgeruch leiden
- Ihre Zähne gewandert sind oder gelockert erscheinen
- sich bei Ihnen schnell Zahnstein bildet
- sich Ihre Zähne schnell verfärben
- sich Ihre Mundschleimhäute häufig entzünden

Die Mundhöhle steht in enger Beziehung zu Ihrer allgemeinen Gesundheit. Interessieren Sie sich für...

einen Test über die Verträglichkeit zahnmedizinischer Materialien?

Ist Ihnen in der letzten Zeit aufgefallen, dass...

- Sie mit Ihren Zähnen knirschen? Wenn ja, haben Sie eine Knirschschiene? Nein Ja, seit _____
- Ihre Kiefergelenke knacken?
- Sie Ohrgeräusche haben?
- Ihre Zähne nicht richtig aufeinander passen?
- Sie Verspannungen im Bereich von Gesichts- und Nackenmuskulatur haben?
- Sie häufiger unter Kopfschmerzen/Migräne leiden?

Sind oder waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja, Zeitraum: _____

Schnarchen Sie Nein Ja

Ich versichere hiermit die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Aufklärungsbogen

Bitte lesen sie sich die folgenden Hinweise aufmerksam durch. Bei Fragen wenden sie sich bitte an ihren Behandler.

Aufklärung zur Leitungs-/ Infiltrationsanästhesie

Bitte beachten sie, dass bei der Betäubung eines Zahnes folgende Risiken auftreten können:

- Allergie gegen das verwendete Anästhetikum oder dessen Zusätze
- Vorübergehende oder andauernde Nervschädigung
- Kanülenbruch, Aspiration oder Verschlucken
- Spritzenhämatom/- abszess
- Intravasale Injektion mit Kreislaufbeschwerden
- **Bissverletzungen: Bitte beaufsichtigen sie ihr Kind nach Betäubungen und lassen Sie ihr Kind nicht essen oder Sport treiben bis das Gefühl in der Lippe „wieder da ist“**

Aufklärung zur Zahnentfernung

Bitte beachten sie, dass bei der Zahnentfernung folgende Risiken bestehen:

- Nachbarzahnschädigung
- Blutung, Infektion, Schwellung und Schmerzen nach der Behandlung
- Wundheilungsstörung
- Fraktur des zahntragenden Knochens, Fraktur des Ober- oder Unterkiefers
- Nervschädigung, Schädigung des Weichgewebes
- Eröffnung der Kieferhöhle, Luxation des Zahnes in die Kieferhöhle
- Schädigung angrenzender prothetischer Restaurationen
- Bei der Extraktion von **Milchzähnen**: Zahnkeimschädigungen

Aufklärung zur Wurzelkanalbehandlung

Die Wurzelkanalbehandlung ist der Versuch, den Zahn zu erhalten. Wir empfehlen, wurzelbehandelte Zähne anschließend mit einer Krone zu versorgen. Bitte beachten sie folgende Risiken, die im Rahmen einer Wurzelbehandlung auftreten können:

- Schwellung und Schmerzen nach der Behandlung
- Nervschädigung
- Allergie auf das Wurzelfüllmaterial
- Nicht aufzubereitender Wurzelkanal („Obliteration“)
- Überstopfung der Wurzelfüllmaterials
- Instrumentenfraktur im Kanal
- Infraktur des Zahnes
- Wurzelkanalperforation („Via falsa“)
- **Bei Milchzähnen**: Zahnkeimschädigungen

Ich habe die Aufklärung verstanden und mir wurden alle offenen Fragen durch den Behandler erklärt.

Ort, Datum

Unterschrift

