



Gemeinschaftspraxis für Zahnheilkunde

Dr. Katrin Meyer-Marcotty & Dr. Florian Büttinghaus

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine medizinisch angemessene und risikoarme Behandlung.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Betreuung Ihrem persönlichen Gesundheitszustand anzupassen.

Ihr Praxisteam Dr. Meyer - Marcotty & Dr. Büttinghaus

I Persönliche Angaben

Name/Vorname _____

Geburtsdatum/-ort: _____

Versicherter
Name/Vorname _____

Geburtsdatum/ -ort: _____

Straße _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon Privat: _____

Geschäftlich: _____

Telefon Mobil: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse _____

Pflichtversichert Freiwillig versichert
 Zusatzversicherung Beihilfe

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung von: _____

Überweisung durch: _____

Internet Telefonbuch

Sonstiges _____

II. 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?

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: _____

Hatten Sie bereits Operationen im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich?

Entfernung von Weisheitszähnen
 Wurzelkanalbehandlung
 chirurgischer Eingriff, wie z.B. Wurzelspitzenresektionen
 Kieferfrakturen
 Sonstiges

III. Medizinische Anamnese

- Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
- Befinden Sie sich in homöopathischer Behandlung?

Hausarzt: _____

Behandler: _____

Herz/Kreislauf

- Herzfehler
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe
- Herzschrittmacher
- hoher oder
- niedriger Blutdruck
- Rhythmusstörungen
- Herzschwäche
- oder _____

Gefäße

- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen
- Thrombosen
- oder _____

Atemwege/Lunge

- Asthma
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- chronische Bronchitis
- Schlafapnoe
- Schnarchen Sie?
- oder _____

Leber

- Gelbsucht
- Leberverhärtung
- Fettleber
- Gallensteine
- Hepatitis O A O B O C
- oder _____

Nieren

- Nierenentzündung
- Nierensteine
- Dialysepflicht
- oder _____

Magen, Darm

- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Geschwür
- Engstelle
- Refluxkrankheit
- oder _____

Stoffwechsel

- Diabetes mellitus Typ I
- Diabetes mellitus Typ II
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- Kropf
- oder _____

Skelettsystem

- Gelenkerkrankungen
- Rückenbeschwerden
- Bandscheibenbeschwerden
- Muskelschwäche
- Muskelerkrankungen
- Fibromyalgie

Nerven/Gemüt

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände
- oder _____

Augen

- Grüner Star
- Grauer Star
- starke Einschränkung der Sehkraft
- Blindheit
- oder _____

Blut

- Gerinnungsstörungen
- auch bei Blutsverwandten
- häufiges Nasenbluten
- blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung
- Nachbluten nach Operationen
- oder _____

Allergie

- Überempfindlichkeit gegen
- Nahrungsmittel
- Fruchtzucker
- Medikamente
- Jod
- Pflaster
- Latex (z.B. Gummihandschuhe)
- oder _____

Sind Sie schwanger?

- Wenn ja, welche Woche? _____
- Stillen Sie?

Immunschwäche

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- HIV
- oder _____

Erkrankung der Haut

- Welche _____

Knochen

- Wurden oder werden Sie zur Zeit mit Bisphosphonaten behandelt?
- Wegen welcher Erkrankung?

Wann? Mit welchem Präparat?

- Andere Erkrankungen oder Behinderungen?

- Rauchen Sie?

Wie viel durchschnittlich? _____

Gerinnungshemmende Medikamente?

- Dauerhaft oder in den letzten Tagen, z. B.
- Aspirin ASS
- Marcumar Ticlopidin
- Clopidogrel Plavix
- oder _____

Regelmäßige Medikamente

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Zur Kenntnis genommen

Datum

Unterschrift

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (wie z. B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt.

Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar. Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatom (Bluterguss), Schwellung, Infektion: Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten.

Nervenschädigung: Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach max. 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie Ihren Zahnarzt.

Verkehrstüchtigkeit: Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu **Herz-Kreislaufproblemen** und zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Selbstverletzung: Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (Zunge, Wangen, Lippen) noch betäubt sein, verzichten Sie bitte auf die Nahrungsaufnahme.

Allergische Reaktionen: Bitte teilen Sie uns bekannte Allergien gegen Anästhetika vor Behandlungsbeginn mit.

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie.

Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ob eine Behandlung mit örtlicher Betäubung erfolgen soll, möchte ich jeweils individuell entscheiden.

Planegg, den

Unterschrift