



Praxis für Zahngesundheit

KOPPMAIR

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Selma Koppmair & Team

PERSÖNLICHES

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

E-Mail

VERSICHERUNG

Krankenkasse

Gesetzlich versichert

Besitzen Sie ein Bonusheft?

Ja

Nein

Zusatzversicherung

Privat versichert

Beihilfe

Basistarif

Sind Patient und Mitglied der Versicherung **nicht** identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

Persönliche Empfehlung: _____

Überweisender Arzt: _____

Internet

Anzeige

Jameda

Homepage

Sonstiges: _____

ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen / Einnahme Bisphosphonate |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung (Glaukom, grauer oder grüner Star) |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung |
| Wenn ja, welche: _____ | <input type="checkbox"/> Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Angina Pectoris | Wenn ja, welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Besitzen Sie einen Allergiepass? |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? |
| <input type="checkbox"/> Besitzen Sie einen Herzpass? | Wenn ja, welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig? | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hirnschrittmacher | <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit gegen Medikamente |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | Wenn ja, welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit gegen Spritzen |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunter- / Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen? |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Typ I oder II) | Wenn ja, welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD) | <input type="checkbox"/> Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag: _____ |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Woche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörungen | |
| <input type="checkbox"/> Infektiöse Erkrankungen (HIV, Hepatitis, Tuberkulose, Creutzfeld-Jakob-Krankheit/Neue Variante Creutzfeld-Jakob Krankheit) | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen: _____ | |

MUNDGESUNDHEITSSITUATION

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unserer Praxis führt?

- | | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vorsorge | <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Zweite Meinung |
| <input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | | |

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich / jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen? | | |

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem T Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. **Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.** Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer

Dornstadt, den _____ Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter _____



Praxis für Zahngesundheit

KOPPMAIR

Unser Recall-System der Vorsorge und Prophylaxe

Hiermit stimme ich zu, dass mich meine Zahnärztin an die zahnärztliche Behandlung erinnern darf.

Ja

Nein

Auf folgendem Weg:

per Email _____

per Telefon _____

Ich bin darüber informiert worden, dass eine Erinnerung mittels E-Mail nicht verschlüsselt erfolgt. Mit dieser Art der Kontaktaufnahme bin ich trotzdem Einverstanden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Einverständniserklärung freiwillig erfolgt und ich diese jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber meiner Zahnärztin, bzw. der Praxis widerrufen kann.

Datum

Unterschrift Patient, bzw. gesetzlicher Vertreter

Einverständniserklärung

Über die Berechnung nicht eingehaltener Behandlungstermine.

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine Fixtermine sind. Wir halten uns nur für Ihre Behandlung diese bestimmte Zeitspanne frei und dürfen Sie deshalb bitten, diese Termine unbedingt einzuhalten.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren.

Sollten Sie einen fest vereinbarten Termin nicht wahrnehmen, ohne uns über diesen Umstand rechtzeitig vorher in Kenntnis gesetzt zu haben, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Fall eine Entschädigung (50,- Euro pro angefangene halbe Stunde) in Rechnung gestellt werden kann (§§615/280 BGB).

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

Datum

Unterschrift Patient, bzw. gesetzl. Vertreter

Patienteninformation zur zahnärztlichen Lokalanästhesie (örtliche Betäubung)

Patient/in

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Zur Ausschaltung des Schmerzempfindens während Behandlungen im Mund- Kiefer- und Gesichtsbereich stattfinden, ist häufig die Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) indiziert. Durch die Injektion von lokal wirkendem Anästhetikum kann jede zahnärztliche Behandlung in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Durch folgende Techniken kann die Schmerzausschaltung unterschiedlicher Nerven, unter Berücksichtigung der anatomischen Gegebenheiten, erfolgen:

1. Intraligamentäre Anästhesie

Bei dieser Technik wird das Anästhetikum in den Parodontalspalt zwischen Zahn und Knochen injiziert. Die Betäubung wirkt nur lokal an dem Zahn und nicht an dem umliegenden Weichgewebe für ca. 30 Minuten.

2. Infiltrationsanästhesie

Durch die Infiltrationsanästhesie erfolgt die Betäubung einzelner Zähne, des umgebenden Knochens und des bedeckenden Weichgewebes. Die Injektion erfolgt an kleineren Nervenenden zur Schmerzausschaltung kleinerer Areale (ca. 2-3 benachbarte Zähne) für die Dauer von bis zu ca. 2 Stunden.

3. Leitungsanästhesie

Vorwiegend wird diese Technik im Unterkiefer angewendet. Hierbei wird das Anästhetikum in die Nähe des Hauptnervenastes (z.B. Nervus alveolaris inferior) eingebracht und das gesamte Versorgungsgebiet dieses Nerves inklusive Lippe und Zunge für mehrere Stunden betäubt.

Nach dem Stand der Wissenschaft und der Erfahrung Ihrer Behandlerin wird sie die entsprechende Betäubungsart für Ihr Anwendungsgebiet auswählen.

Trotz des sehr sicheren Verfahrens der Schmerzausschaltung durch die Lokalanästhesie sind auch bei korrekt durchgeführter Behandlung typische Nebenwirkungen, Unverträglichkeiten oder Risiken möglich.

Herz- und Kreislaufsystem

Herzrasen, Herzrhythmusstörungen, Blutdruckabfall/-anstieg können unter Umständen im Rahmen der Anästhesie auftreten. Außerdem möglich sind Unruhe/Nervosität, Schwindel und Benommenheit.

Allergie

Unverträglichkeiten des Anästhetikums sind selten, können jedoch vorkommen. Hatten Sie bei vorherigen Anästhesien Unverträglichkeiten bzw. liegt eine Allergie vor?

Ja Nein Wenn ja, welche: _____

Bluterguss (Hämatom/Ödem)

Durch die Injektionskanüle können kleinere umliegende Blutgefäße verletzt und dadurch Einblutungen in der Kaumuskulatur verursacht werden. In solch einem Fall kann es zu Schmerzen, einer eingeschränkten Mundöffnung oder auch zu Infektionen führen, welche i. d. R. jedoch nach wenigen Tagen abklingen. Bei einer intraligamentären Anästhesie kann es zusätzlich zu einer Ödembildung kommen, welche sich mit Aufbisschmerzen bemerkbar macht.

Nervschädigung

Durch die Nervnähe bei Leitungsanästhesien können Nervenfasern geschädigt werden, wodurch es zu vorübergehenden oder dauerhaften Gefühlsstörungen (z.B. Kribbeln, Taubheit oder Missempfinden) kommen kann. Anwendungsgebiet der Leitungsanästhesie ist hauptsächlich im Unterkiefer, daher handelt es sich bei dem betroffenen Gebiet und die entsprechende Unterkiefer- und Zungenhälfte sowie die Lippenregion.

Verhalten nach einer Lokalanästhesie

Möglicherweise besteht nach einer örtlichen Betäubung eine Einschränkung der Reaktions- bzw. Konzentrationsfähigkeit. Von einer aktiven Teilnahme am Straßenverkehr ist daher dringend abzusehen.

Bitte verzichten Sie während bestehender Anästhesiedauer auf die Nahrungsaufnahme sowie auf Tabakkonsum (Rauchen), da ansonsten z.B. Bissverletzungen oder auch Verbrennungen (z.B. durch heiße Getränke) möglich sind.

Erklärung des Versicherten

Ich habe meine Zahnärztin über ggf. vorliegende Vorerkrankungen oder Vorbehandlungen informiert.

Ich bin über Wesen und Technik der Lokalanästhesie aufgeklärt worden und verstehe den Vorgang.

Alle alternativen Behandlungsmaßnahmen zur Schmerzausschaltung sind mir erklärt worden. Mein Zahnarzt hat sorgfältig meinen Mund untersucht. Nach eingehender Diskussion habe ich mich für diese Maßnahme entschieden.

Diese Information gilt bis auf Widerruf!

Dornstadt, _____

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter _____