

# Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,  
für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen.

**Bitte ankreuzen  wenn etwas zutrifft und die Auswahl unterstreichen.**

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: \_\_\_\_\_  
Telefon/Handynummer: \_\_\_\_\_  
Email-Adresse: \_\_\_\_\_  
Beruf/ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

## Leiden / Litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

### Herz

- Zustand nach Infarkt, Herzinsuffizienz, Muskelentzündung, Verengung der Herzkrankgefäße
- Rhythmusstörungen, Bypassoperation, Herzklappenersatz, Schrittmacher

### Kreislauf

- niedriger Blutdruck, Bluthochdruck, Angina pectoris, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall

### Erkrankung des blutbildenden Systems

- Blutarmut, Bluter

### Augen

- Grauer Star, Grüner Star

### Atmungswege/Lunge

- Asthma, Bronchitis, COPD

### Magen-Darm-Trakt

- Magenerkrankung, Darmerkrankungen

### Blase-Nieren

- Blasenerkrankung, Nierenerkrankung
- Dialyse

### Leber

- Gelbsucht
- Hepatitis

### Bewegungsapparat

- Rheuma, rheumatoide Arthritis, Gicht

### Zentrales Nervensystem

- epileptische Anfälle

### Vegetatives Nervensystem

- Kopfschmerzen, Migräne

### Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit/Diabetes
- Schilddrüsenüberfunktion, Schilddrüsenunterfunktion

## Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? (zutreffendes unterstreichen)

- Haut und/oder Geschlechtskrankheiten HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
- Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
- Röteln, Mumps, Masern, Scharlach
- OSTEOPOROSE (haben Sie Bisphosphonate erhalten?)

## Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

Titel:                      Arzt:                      Ort:                      Telefon

# Gesundheitsfragebogen

## Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- Für die richtige Dosierung von Medikamenten und zahnärztlichen Spritzen ist folgende Information von größter Wichtigkeit: Körpergewicht weniger als 55kg, mehr als 120kg?
- Ist bei Ihnen ein MRSA-Keim nachgewiesen worden?
- Rauchen Sie?
- Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?
- Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja, welche?.....
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?.....
- Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Wenn ja, welche?.....
- Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? Wenn ja, welche?.....
- Besitzen Sie einen Allergiepass? Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?.....
- Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Wenn ja, welche?.....
- Sind Sie z.Zt. schwanger? Wenn Ja, in welchem Monat?

## Weitere administrativ wichtige Informationen:

- Sind Sie privat versichert?
- Sind Sie gesetzlich versichert? (ja) (nein)
- Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre) (ja) (nein)
- Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

**Der Zahnarzt hat bei Nichteinhalten von Terminen bzw. kurzfristigen Absagen an den Patienten einen Anspruch gemäß §§ 615, 293 BGB auf Ersatz des Ausfallschadens.**

## Hinweis zur Anästhesie

### 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, Wurzelkanalbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat (intragamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nervens (Leitungsanästhesie) platziert.

Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar. **Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:**

**Hämatom ((Bluterguss):** Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen. Sie sollten Ihre Zahnärztin darüber informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

**Nervenschädigung:** Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte oder Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach maximal 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie ihre Zahnärztin.

**Verkehrstüchtigkeit:** Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist primär nicht auf das Medikament, sondern vielmehr auf den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung sowie der lokalen Irritation zurückzuführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

**Selbstverletzung:** Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (z.B. Zunge, Wangen, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

### Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie:

- Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

Neustrelitz, den ..... Unterschrift .....