

**Zahnarztpraxis  
Dr. Kurt Fleck  
Dr. S.H. Höhn-Fleck  
Wilhelm-Leuschner-Str.16  
64347 Griesheim  
06155-5716**

[praxis@griesheim-zahnarzt.de](mailto:praxis@griesheim-zahnarzt.de)  
[www.griesheim-zahnarzt.de](http://www.griesheim-zahnarzt.de)

**Herzlich Willkommen in unserer Praxis!**

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Damit die Behandlung nach Ihren Wünschen und auf Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, benötigen wir die Beantwortung nachfolgender Fragen. **Bitte füllen Sie deshalb alle 5 Seiten dieses Anamnesebogens sorgfältig aus.** Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht StGB § 203 und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter: [\*\*www.griesheim-zahnarzt.de\*\*](http://www.griesheim-zahnarzt.de).

Ihr Praxisteam

**Bitte ausfüllen und zutreffendes ankreuzen oder einkreisen!**

|                    |         |            |            |
|--------------------|---------|------------|------------|
| <hr/>              | <hr/>   | <hr/>      | <hr/>      |
| Name des Patienten | Vorname | Geboren am | Geburtsort |

|                       |         |            |
|-----------------------|---------|------------|
| <hr/>                 | <hr/>   | <hr/>      |
| Name des Versicherten | Vorname | Geboren am |

|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| <hr/>             | <hr/>            |
| Straße/Hausnummer | Postleitzahl/Ort |

|                      |             |
|----------------------|-------------|
| <hr/>                | <hr/>       |
| Telefonnummer privat | Handynummer |

|              |
|--------------|
| <hr/>        |
| Emailadresse |

|       |                            |
|-------|----------------------------|
| <hr/> | <hr/>                      |
| Beruf | Telefonnummer Geschäftlich |

|                                              |           |             |
|----------------------------------------------|-----------|-------------|
| <b>Sind Sie gesetzlich krankenversichert</b> | <b>Ja</b> | <b>Nein</b> |
| Wenn Ja, bei welcher Krankenkasse?           |           |             |
| Haben Sie eine Zahnzusatz Versicherung       | Ja        | Nein        |
| Sind sie freiwillig gesetzlich versichert    | Ja        | Nein        |

Für gesetzliche versicherte Patienten: Bitte denken Sie daran, dass wir zur Behandlung Ihre Versichertenkarte benötigen. Liegt uns diese auch 14 Tage nach Behandlung noch nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten von uns eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

|                                    |           |             |
|------------------------------------|-----------|-------------|
| <b>Sind Sie Privat versichert</b>  | <b>Ja</b> | <b>Nein</b> |
| Wenn Ja, bei welcher Krankenkasse? |           |             |
| Sind Sie zum Basistarif versichert | Ja        | Nein        |
| Haben Sie eine Faktorbegrenzung    | Ja        | Nein        |
| Sind Sie Beihilfe versichert       | Ja        | Nein        |

### **Wichtiger Hinweis:**

Der unveränderte Punktwert der GOZ seit 1998 erfordert eine teilweise Steigerung der Vergütungsfaktoren auf über 3,5, um den gestiegenen Kosten gerecht zu werden und gleichzeitig die hohe Qualität der zahnärztlichen Versorgung aufrecht erhalten zu können. Die vollständige Kostenübernahme hängt von den individuellen Tarifvereinbarungen ab und ist nicht bei jeder Zusatzversicherung oder privaten Krankenversicherung garantiert. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich als Privatpatient selbst Vertragspartner der Gemeinschaftspraxis bin, nicht aber meine private Krankenversicherung oder eine Erstattungsstelle. Meine Zahnarztrechnung werde ich nach Erhalt begleichen, unabhängig von einem möglichen Erstattungsanspruch gegenüber einer Krankenversicherung oder Erstattungsstelle.

|                                                                                                 |           |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|
| <b>Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?</b> | <b>Ja</b> | <b>Nein</b> |
| <b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</b>                                                   | <b>Ja</b> | <b>Nein</b> |
| Wenn Ja, welche?                                                                                |           |             |

|                                                                     |           |              |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|
| <b>Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen?</b> | <b>Ja</b> | <b>Nein</b>  |
| Welche?                                                             |           |              |
| O ASS                                                               |           | O Marcumar   |
| O Aspirin                                                           |           | O Ticlopidin |
| O Clopidogrel                                                       |           | O Plavix     |
| O andere: _____                                                     |           |              |

|                                                   |           |             |
|---------------------------------------------------|-----------|-------------|
| <b>Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?</b> | <b>Ja</b> | <b>Nein</b> |
| Wenn Ja, welche _____                             |           |             |

|                                         |           |             |
|-----------------------------------------|-----------|-------------|
| <b>Besitzen Sie einen Allergiepass?</b> | <b>Ja</b> | <b>Nein</b> |
|-----------------------------------------|-----------|-------------|

**Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?****Ja    Nein**

O bei bestimmten Materialien \_\_\_\_\_

O bei bestimmten Arzneimitteln \_\_\_\_\_

O bei bestimmten Nahrungsmitteln \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Allergie?****Ja    Nein**

O Penicillin

O Jod

O Latex

O andere \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?****Ja    Nein**

Wenn Ja, welche \_\_\_\_\_

Angeborener oder erworbener Herzfehler?    Ja    Nein

Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese?    Ja    Nein

Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?    Ja    Nein

Herzoperationen?    Ja    Nein

Wenn Ja, welche und wann \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Herzschrittmacher?    Ja    Nein

**Leiden oder litten Sie an einer der nachfolgenden Krankheiten?**

Infektionskrankheiten?

Ja    Nein

O Tuberkulose

O Aids

O Hepatitis Typ \_\_\_\_\_

O andere \_\_\_\_\_

Lebererkrankungen?

Ja    Nein

Zu hoher Blutdruck?    Ja    Nein

Zu niedriger Blutdruck?    Ja    Nein

Schlaganfall?    Ja    Nein

Nierenerkrankung?    Ja    Nein

Diabetes?    Ja    Nein

Magen-Darmerkrankung?    Ja    Nein

Schilddrüsenerkrankung?    Ja    Nein

Rheumatismus/ rheumatisches Fieber?    Ja    Nein

Asthma/ Lungenerkrankungen?    Ja    Nein

Blutkrankheiten?    Ja    Nein

Nervenerkrankungen?    Ja    Nein

Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?    Ja    Nein

Sonstige Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine **Pflegestufe**? Wenn ja; welche \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Hausarztes \_\_\_\_\_

**Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?****Ja    Nein**

Wenn Ja, in welchem Bereich \_\_\_\_\_

**Andere Erkrankungen oder Behinderungen?****Ja    Nein**

Wenn Ja, welche \_\_\_\_\_

**Ja    Nein**

Wenn Ja, welche Schwangerschaftswoche \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Ja    Nein    - wenn Ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?      Ja      Nein      - wenn Ja, wieviel?

Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? Ja    Nein

Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen?    Ja    Nein

Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? Ja Nein

|                                                                                                  | Ja | Nein |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden? |    |      |

Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?

In welchem Körperbereich? \_\_\_\_\_

Möchten Sie regelmäßig an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden (Recall)? Ja Nein

Emailadresse:

Möchten Sie über unser umfangreiches Leistungsangebot informiert werden?    Ja    Nein

Sind Sie an unserer professionellen Zahnreinigung interessiert? Ja Nein

Wann war Ihre letzte Zahnreinigung?

|                                     |    |      |
|-------------------------------------|----|------|
| Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? | Ja | Nein |
|-------------------------------------|----|------|

Leiden Sie unter empfindlichen Zähnen? Ja Nein

Knirschen oder Pressen Sie? Ja Nein

Haben Sie Nacken/ Rückenbeschwerden? Ja Nein

Leiden Sie unter Mundgeruch? Ja Nein

### Hinweis:

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitten wir Sie recht herzlich, Ihren Termin pünktlich einzuhalten oder 24 Stunden vorher abzusagen. Ansonsten müssen wir Ihnen eine **Ausfallzeit von 50,- Euro je 15 Minuten** berechnen.

## Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Mund-, Zahn-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch Sie können die notwendigen Behandlungen (wie z.B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesie-Lösung möglichst dicht an kleinere Nervfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intragamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste der Nerven (Leitungsanästhesie) platziert. 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):** 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 Infektion kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt darüber informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung.

**Nervschädigung:** Bei einer 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, so informieren Sie Ihren Zahnarzt.

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

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

### **Einverständnis 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.

Gibt es noch etwas was Sie uns mitteilen möchten? \_\_\_\_\_

**Ich versichere, dass ich alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gemacht habe.**

Griesheim, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient / Sorgerechtsberechtigter