

Herzlich Willkommen in unserer Praxis Dr. Grumann

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Ihre Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen, ist unser höchstes Ziel.

Um dieses Ziel zu erreichen, benötigen wir Ihre Mitarbeit. Bitte füllen Sie diesen Anmeldebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient/in:	_____	_____	_____
	Name	Vorname	Geburtsdatum
Versicherte/r:	_____	_____	_____
	Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift:	_____	_____	_____
	Strasse, Hausnummer	PLZ, Ort	Tel. privat / Handy
E-Mail:	_____		
Arbeitgeber/in:	_____	_____	_____
	Firmenname, ggf. Adresse	Beruf	Tel. geschäftlich

Ihre Krankenversicherung: _____
Name der Krankenversicherung
gesetzliche Krankenkasse pflichtversichert freiwillig versichert
Zusatzversicherung / Wenn ja, welche? _____
private Krankenkasse (PKV)
vollversichert Beihilfe PKV/Basistarif

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____ Ort: _____
Tel.: _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?:

Empfehlung von : _____ Überweisung durch: _____
 Internet sonstiges: _____

Warum suchen Sie uns auf ? Wünschen Sie eine/n....

Routinekontrolle neuen Zahnersatz Beratung Schmerzbehandlung Gesundheitsberatung

Wichtiger Hinweis: Teilen Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit !

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, entsteht in unserer Praxis Leerlauf. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 h , bei Terminen, die für 2 Stunden oder länger angesetzt sind, mindestens 48 h vorher abzusagen.

Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand und der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen.

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Terminsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es in seltenen Fällen zu Zeitverzögerungen kommen. Sie werden dann umgehend informiert.

Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

_____ Datum

_____ Unterschrift

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein.

Viele Beschwerden (Kopfschmerzen, Muskelverspannungen, Kiefergelenksprobleme) haben ihre Ursache in einer gestörten Funktion des Kauorgans. Hohe Bakterienbelastung bei einer Parodontitis und auch Allgemeinerkrankungen wirken sich negativ auf unterschiedliche Organe aus.

Sie werden zwischen diesen Beschwerden und Ihren Zähnen meist keinen direkten Zusammenhang erkennen. Eine gründliche zahnärztliche Untersuchung beinhaltet jedoch, dass wir diesen Beschwerden nachgehen, um Ihre Ursache zu finden. Dabei beschränken wir uns nicht auf Ihre Zähne und Ihren Kiefer, sondern beziehen das gesamte Kausystem mit all seinen Strukturen mit ein.

Wir bitten Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen. Vermeiden Sie dabei bitte jedwede eigene Interpretation der Frage. Haben oder hatten Sie Beschwerden – wie in der Frage angesprochen – kreuzen Sie bitte immer mit „ja“ oder „nein“ an.

Zu Ihrer Gesundheit:

Bewertung durch Zahnarzt

Haben Sie irgendwann **Beschwerden**, wenn Sie kauen ? ja nein _____

Kauen Sie regelmäßig **Kaugummi**? ja nein _____

Haben Sie **akute** Schmerzen ? ja nein _____

Wenn ja, wie äußern sich diese? Dauerschmerz Zähne reagieren auf süß/sauer
Manche Zähne sind temperaturempfindlich Zähne schmerzen auf ohne Belastung
Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch _____

Haben Sie **kälteempfindliche** Zähne? ja nein
Schmerzskala 1- 10 (10 sehr stark) **1-3** () 4-7 () **8-10** () _____

Pressen oder knirschen Sie unbewusst auf Ihren Zähnen ? ja nein _____
Wir bieten zur Diagnostik das EKG“ der Zähne - Bruxchecker an.

Machen Ihre **Kiefergelenke Geräusche** ? ja nein _____
Wenn ja, auf welcher Seite ? rechts links

Leiden Sie an Kopf - und Gesichtsschmerzen? Schwindel, Ohrgeräusche
 Migräne Nacken, Schulter- oder Armschmerz
wenn ja, erfolgte eine neurologische Abklärung? ja nein _____

Frühere **kieferorthopädische** Behandlung? ja nein _____
wenn ja, wie erfolgte diese Behandlung ? festsitzend herausnehmbar mit notwendigen Zahnentfernung
Sind Sie mit dem Ergebnis zufrieden? ja nein

Haben Sie manchmal das Gefühl von **Trockenheit** oder Brennen im Mund? ja nein _____

Kennen Sie Ihren **Vitamin D** Wert ? ja nein , wenn ja wie hoch ist dieser ____ng/ml
Wir bieten in unserer Praxis auch einen Vit D Test an.

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer **Zahnfarbe** ? Skala 1-10 (weniger – sehr zufrieden)

1-3 () 4-7 () **8-10**() _____

Zeigen Sie Ihre Zähne gerne beim Sprechen oder **Lachen** ? _____
Skala 0-5 (weniger – sehr gerne) **0** 1 2 3 4 **5**

Haben Sie **herausnehmbaren Zahnersatz**? Ja Nein
Wenn ja, Alter des Zahnersatzes : _____

Schnarchen Sie ? Ja Nein
 Beobachtet Ihr Partner Atemaussetzer ? Ja Nein
 Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit? Ja Nein

Anmerkungen:

Okklusindex

Wann war Ihre **letzte** Zahnbehandlung? _____

Was wurde gemacht? _____

Frühere **Operationen** im Kopfbereich / Bewegungsapparat ? _____

Wie schätzen Sie Ihr Kausystem selbst ein ? Schulnote 1-6
 1 2 3 4 5 6

Wie ist Ihre Einstellung zum Zahnarztbesuch? Positiv Negativ _____

Wie fühlen Sie sich in der Regel beim Zahnarztbesuch?
 Sehr gut gut erträglich angespannt ängstlich panisch _____

Welche Meinung haben Sie zur **Prophylaxe** oder professionellen Zahnreinigung?
 Keine Erfahrung wichtig Nutzen ist unklar unwichtig unangenehm _____

Wie wichtig ist Ihnen die langfristige oder gar lebenslange **Gesunderhaltung** Ihrer Zähne?
 Sehr wichtig kommt auf den Aufwand an ist das möglich? Keine Meinung unwichtig _____

Kennen Sie Ihr persönliches funktionelles und bakterielles **Karies Risiko**? ja nein _____

Wir können vor Ort Ihr individuelles Karies Risiko bestimmen: Speichel – und Bakterientest

Wissen Sie welche **Materialien** bereits von Zahnärzten in Ihrem Mund eingebracht wurden ? _____
 Nein Edelmetalle Nichtedelmetalle Kunststoffe Keramik
 Amalgam Dentalzement Titan sonstiges

Haben Sie für die Behandlung einen besonderen Wunsch? _____

FRAGEN zur GESUNDHEIT

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Nein Ja wegen welcher Erkrankung?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, ein? Nein Ja wenn ja welche? Namen der Medikamente

Besitzen Sie einen **Medikationsplan**? Nein Ja (Bitte zum kopieren vorlegen)

Besitzen Sie einen **Allergiepass**? Nein Ja (Bitte zum kopieren vorlegen)

Besteht, bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? (Medizinische Befunderhebung)

Herz-Kreislauf- erkrankungen	Ja	Nein	Gefäße	Ja	Nein	Blut	Ja	Nein
Herzfehler			Schlaganfall wann:			Gerinnungsstörungen, welche?		
Angina pectoris			Durchblutungsstörungen			Häufiges Nasenbluten		
Herzinfarkt - wenn ja wann?			Krampfadern			Blaue Flecken schon nach leichter Berührung		
Herzmuskelentzündung			Thrombosen			sonstiges:		
Künstliche Herzklappe			sonstiges					
Herzschnittmacher						Immunschwäche		
Hoher Blutdruck			Magen			Einnahme von Cortison		
Niedriger Blutdruck			Geschwür			Organtransplantation		
Rhythmusstörungen			Verdauungsstörungen			HIV-positiv / AIDS		
Herzschwäche			Sodbrennen			sonstiges		
Sonstiges			Refluxkrankheit					
			sonstiges			Atemwege / Lunge		
Leber						Asthma		
Gelbsucht			Stoffwechsel- krankheiten			Lungenentzündung		
Fettleber			Diabetes Typ I			Tuberkulose		
Gallensteine			Diabetes Typ II			Chronische Bronchitis		
Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>			Schilddrüsen- unterfunktion			Schlafapnoe		
sonstiges			Schilddrüsen- überfunktion			Schnarchen Sie?		
			Kropf			sonstiges		
Niere			Hashimoto					
Dialysepflichtigkeit			Sonstiges					
Nierensteine			Augen			Allergien		
Chron. Niereninsuffizienz			Grüner Star (Glaukom)			Heuschnupfen oder Überempfindlichkeiten		
sonstiges			Grauer Star (Katarakt)			Medikamente		
			Blindheit			Jod		
Skelettsystem			sonstiges			Pflaster		
Gelenkerkrankungen						Latex		
Rückenbeschwerden						Allergiepass		
Bandscheibenbeschwerden						Amalgamallergie		
Muskelschwäche						Kunststoffallergie		
Fibromyalgie						sonstiges		

	Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein
			Knochen			Andere Erkrankungen		
			Wurden bzw. werden Sie z.Zt mit Bisphosphonaten behandelt?			Creutzfeld-Jakob		
			Wegen welcher Erkrankung?			Rheuma		
Nerven			Seit wann?			Tumorerkrankungen, wenn ja welche?		
Krampfanfälle (Epilepsie)			Mit welchem Präparat?			Tumorthherapie ?		
Depressionen						Gelenkprothesen? Knie/Hüftgelenk		
Angstzustände			Nikotin /Alkohol			Wenn ja, wann?		
Waren/ sind Sie in psychotherapeutischen Behandlung?			Rauchen Sie?			Schwangerschaft		
Kopfschmerzen			Wie viel durchschnittlich?			Sind Sie schwanger?		
sonstiges			Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol?			Schwangerschaftswoche?		
			Wie viel durchschnittlich?					
Regelmäßige Medikamente			Nehmen Sie Drogen?			Röntgen		
Blutdruckmedikamente						Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt ?		
Herzmedikamente			Gerinnungshemmende Medikamente			Wenn j wann ?		
Schmerzmittel			Aspirin / ASS					
Antibabypille			Marcumar					
Psychopharmaka			Triclopidin					
Antidiabetika			Clopidogrel					
Cholesterinsenker			Apoxiban / Eliquis					

Über Gesundheit oder Krankheit entscheiden viele Faktoren. Das Immunsystem steht in Wechselwirkung mit den Zähnen, dem Kiefer und der Mundhöhle. Deshalb ist es wichtig präventiv auf die richtige Therapie und Materialien zu achten.

Bei unspezifischen, hartnäckigen oder chronischen Krankheiten an unterschiedlichen Stellen im Körper ist es wichtig auch an die Zähne und Materialien zu denken. Hier unterstützen wir Sie durch Beratung in der ganzheitlichen Gesundheitsberatung und Umweltzahnmedizin. Hierzu vereinbaren Sie einen Termin in unserer speziellen Sprechstunde.

Wir laden Sie gerne ein uns als Praxis auf [google](#) zu bewerten.

Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden ? Nein Ja 1x Jahr 2x Jahr

Maintal, _____
Datum

Unterschrift

- bitte wenden -

Aufklärung über die Lokalanästhesie

Unsere Praxis legt großen Wert darauf, dass Sie schmerzfrei behandelt werden. Da jede medizinische Behandlung gewisse Risiken birgt, sind wir gesetzlich dazu verpflichtet, Sie darüber aufzuklären.

Bei der Leitungsanästhesie wird ein Betäubungsmittel direkt in die Nähe des Nervs injiziert und zwar in Höhe seiner Eintrittsstelle in den Kiefer. Die Nervenfasern werden vorübergehend gehemmt, Informationen wie Schmerz oder Berührungsempfindungen zum zentralen Nervensystem zu übermitteln. Nach einiger Zeit baut der Körper das Lokalanästhetikum ab und der Nerv reagiert wieder auf Reize.

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

- Häufig:**
- unvollständige Wirkung, Ergänzung /Wiederholung erforderlich
 - Fremdgefühl /Schwellung des betäubten Bereiches und/oder auf der Zunge, im Hals, Schluckreiz
 - eingeschränkte Beweglichkeit betäubter Bereiche: Schwierigkeiten beim Sprechen/Lachen/Schlucken
 - spürbares und/oder sichtbares Hängen von der Lippe, Wange
- Manchmal:**
- blitzartiger Schmerz oder Missempfindungen durch Nervberührung
 - Schmerzen an der Einstichstelle in den folgenden Tagen
 - Bluterguss mit Schwellung und/oder sichtbare Verfärbung und /oder Bewegungseinschränkungen
 - vorübergehendes Atemnotgefühl durch Betäubung kleiner Schleimhautbereiche der Speiseröhre
 - Mitbetäubung benachbarter oder etwas entfernter Bereiche (z.B. Nase, Auge, Ohr)
 - Weiße Flecken und /oder Rötung von Hautbereichen über den betäubten Bereichen
 - unabsichtliche Selbstverletzung (z.B. durch Wangenbeißen), während die Betäubung noch anhält
- Selten:**
- Entzündung der Einstichstelle
 - vorübergehende Schwellung des unteren Augenlides, zuschwellen des Auges, Sehstörung
 - Kreislaufkollaps, Bewusstlosigkeit
 - erst nach Tagen/Wochen/Monaten abklingende Gefühllosigkeit im Verlaufsgebiet eines betäubten Nervs
- Sehr selten:**
- dauerhafte Gefühllosigkeit im Verlaufsgebiet eines betäubten Nervs/hängende Lippe/Wange unter 1%

Nervschädigung: 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 max. 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie uns.

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.

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie:

Diese Aufklärung habe ich verstanden und ich willige in die Verabreichung von Betäubungsspritzen im Rahmen zahnärztlicher Behandlungen ein. Mir ist bekannt, dass ich eine Einwilligung bis zum Beginn einer einzelnen Behandlung widerrufen kann.

Maintal,

Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigte/r
Name in Druckbuchstaben: _____

Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.