



Zahnarztpraxis
Dr. Gerda Breuer
Römerstr.18
55543 Bad Kreuznach

Tel. 06 71 / 9 28 98 08
Fax 06 71 / 9 28 98 09

Anamnesebogen

Lieber Patient,
für Ihre Behandlung ist die Kenntnis bereits bestehender Erkrankungen zwingend notwendig,
daher möchte ich Sie bitten, die nachfolgenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten.
(zutreffendes ankreuzen bzw. mit ja oder nein beantworten)

Nachname	_____	Strasse	_____
Vorname	_____	Wohnort	_____
Geburtsdatum	_____	Beruf	_____
Hausarzt	_____	Telefon privat	_____
Zahnarzt, bisher	_____	Telefon beruflich	_____
Krankenkasse	_____	e mail Adresse	_____
selbst versichert?	_____	und Beihilfe?	_____

wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____
wenn auf Patientenempfehlung, mit welchem Grund? _____

Was ist der Grund für Ihren Zahnarztbesuch?
 Kontrolluntersuchung Schmerzen spezielle Zahnfleischprobleme Anderer

Was ist Ihrer Meinung nach ein Problem in Ihrer Mundhöhle oder an Ihren Zähnen?

Sind Sie gegenwärtig in ärztlicher Behandlung? **Ja** **Nein**
Wenn ja, weswegen? _____

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? **Ja** **Nein**
Wenn ja, welche? _____

Leiden oder litten Sie an folgenden Herz/Kreislaufkrankungen?

<input type="checkbox"/> Herzinfarkt, wann _____	<input type="checkbox"/> Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> angeborene Missbildung des Herzens
<input type="checkbox"/> Herzoperationen	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck
<input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Endokarditis	<input type="checkbox"/> Herzklappenfehler/künstliche Herzklappen

Nehmen Sie Blutverdünnende Medikamente ein? **Ja** **Nein**
Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen? **Ja** **Nein**
Leiden Sie an folgenden Erkrankungen? **Ja** **Nein**

<input type="checkbox"/> Schlaganfall, wann _____	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)
<input type="checkbox"/> Aids/HIV	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Glaukom (grüner Star)
<input type="checkbox"/> Rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Hepatitis (Gelbsucht)
<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen (langes Nachbluten)	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Hereditäres Angioödem		

Sind Sie Bluter? **Ja** **Nein**
Haben Sie je epileptische Anfälle gehabt? **Ja** **Nein**

Haben Sie je unangenehme Reaktionen mit folgenden Medikamenten oder Materialien erlebt? **Ja** **Nein**
 Aspirin Penicillin Jod
 zahnärztliches Anästetikum (Spritze)

Ja Nein

Leiden Sie an Allergien?
Wenn ja, an welchen? _____

Leiden Sie an anderen Erkrankungen?
wenn ja, an welchen: _____

Hat bei Ihnen eine Betäubung (Spritze) jemals nicht gut gewirkt?
In welchem Zusammenhang? _____

Bitte lesen Sie beiliegendes Aufklärungsformular über die zahnärztliche Lokalanästhesie durch und unterschreiben Sie es.

Auftretenden Fragen beantworte ich Ihnen gerne bei unserem ersten Kennenlernen im Anschluß.

Möchten Sie, das Amalgam als Füllungsmaterial für Ihre Zähne verwendet wird?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____ Stück

Frauen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, in der wievielten Woche _____
Stillen Sie?
Nehmen Sie die Anti-Baby-Pille?

Sind Sie in den letzten 2 Jahren an den Zähnen geröntgt worden?

Tragen Sie festsitzender Zahnersatz (Kronen, Brücken)? Wenn ja, seit wann: _____
Tragen Sie abnehmbaren Zahnersatz (Prothesen)? Wenn ja, seit wann: _____
Haben Sie Implantate? Wenn ja, seit wann: _____

Beobachten Sie oder Ihre Mitmenschen bei Ihnen Mundgeruch?

Verwenden Sie täglich:
O Zahnpasta, welche _____ O Mundspüllösung O Fluorid Gel
O elektrische Zahnbürste O Zahnseide O Zwischenraum O Zungenreiniger
O welche andere Zahnbürste? _____ reinigungsbürste

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt, wir bitten Sie daher die Termine pünktlich einzuhalten bzw. gegebenenfalls frühzeitig - **spätestens 24 Stunden vorher** - abzusagen. Ansonsten sehen wir uns gezwungen, Ihnen ein Ausfallhonorar in Höhe 39 Euro pro halbe Stunde in Rechnung zu stellen, es sei denn, der Patient bleibt unverschuldet dem Behandlungstermin fern. In diesem Fall hat der Patient dem Zahnarzt die Gründe unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich das wahrheitsgetreue Ausfüllen und Kenntnisnahme des Fragebogens. Bei Änderungen werde ich meinen Zahnarzt direkt informieren.

Datum

Unterschrift

Vor- und Zuname



**Zahnarztpraxis
Dr. Gerda Breuer
Römerstr.18
55543 Bad Kreuznach**

**Tel. 06 71 / 9 28 98 08
Fax 06 71 / 9 28 98 09**

Name, Vorname

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindungen 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 Hirnnerv) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesie möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intraligamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nerven (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar.

Es kann unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatom (Bluterguss):

Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskel infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch Infektionen kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt darüber informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel ist nach Abbau des Blutergusses alles wieder beim Alten.

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. Meist empfindet der Patient dies als kribbeln oder Brennesel brennen oder beschreibt die betroffene Region als pelzig. Andere nehmen es wie eingeschlafen oder als abgeschwächte Form der vollständigen Betäubung wahr. Ist nach 1 Jahr das normale Gefühl nicht zurückgekehrt, muss von einer bleibenden Gefühlsbeeinträchtigung ausgegangen werden. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Diese kann sich über Monate bis zu 1 Jahr erstrecken.

Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach maximal 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, 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 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:

Neben dem behandelten Zahn sind auch die umgebenden Weichteile z.B. Zunge, Wange, Lippen mit betäubt, verzichten Sie bitte daher solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

- Die Aufklärung habe ich verstanden.
- 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.

Datum, Unterschrift



**Zahnarztpraxis
Dr. Gerda Breuer
Römerstr.18
55543 Bad Kreuznach**

**Tel. 06 71 / 9 28 98 08
Fax 06 71 / 9 28 98 09**

Fragebogen für die Kinderbehandlung und Vorbereitungsvorschläge für Eltern

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen soll dazu beitragen, dass Ihr Kind die Zahnbehandlung in unserer Praxis als etwas angenehmes empfindet.

Bitte füllen Sie ihn so weit es möglich ist aus und bringen ihn zum ersten Behandlungstermin mit. So können wir uns auf Ihr Kind einstellen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.

Name des Kindes: _____ geboren: _____ Alter: _____

Adresse: _____

versichert bei _____ geboren: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Mein Kind hat folgende Erkrankung: _____

Mein Kind hatte folgende schwere Erkrankung (Wann?) _____

Mein Kind folgende Medikamente: _____

Mein Kind ist –nachgewiesen- allergisch gegen: _____

Mein Kind geht in: eine Krabbelgruppe den Kindergarten Schule
und außerdem zur Musikschule zum Sport, Ballett, Schwimmen.....

andere Hobbies: _____

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt? _____

Wissen oder vermuten Sie, wovor Ihr Kind speziell Angst hat?

Kreuzen Sie an und nummerieren Sie die „Ängste“ durch, d.h. die „größte Angst“ bekommt die Nr. 1 usw.:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nr. ___ Berührung | <input type="checkbox"/> Nr. ___ Praxisgeruch |
| <input type="checkbox"/> Nr. ___ Schmerzen | <input type="checkbox"/> Nr. ___ Geräusche |
| <input type="checkbox"/> Nr. ___ Spritze | <input type="checkbox"/> Nr. ___ Behandlungsstuhl |
| <input type="checkbox"/> Nr. ___ Pieks | <input type="checkbox"/> Nr. ___ Liegeposition |
| <input type="checkbox"/> Nr. ___ Anblick | <input type="checkbox"/> Nr. ___ alleine auf Stuhl sitzen |
| <input type="checkbox"/> Nr. ___ Gefühl während des Spritzens | <input type="checkbox"/> Nr. ___ helles Licht/OP Leuchte |
| <input type="checkbox"/> Nr. ___ Taubheitsgefühl | <input type="checkbox"/> Nr. ___ anderes: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nr. ___ weiße Kleidung | |
| <input type="checkbox"/> Nr. ___ Instrumente | |

Haben Sie selber Angst vorm Zahnarzt? _____

Hat Ihr Kind negative Erfahrungen gemacht?

Wo: beim Arzt Womit: _____

beim Zahnarzt _____

bei einem Klinikaufenthalt? _____

Was sollten wir noch über Ihr Kind wissen? _____



Im folgenden möchten wir Ihnen noch ein paar Tipps geben, wie Sie Ihr Kind gut auf den Zahnarztbesuch vorbereiten können:

- ⇒ **Versuchen Sie den Termin als etwas „Normales“ wie z.B. Einkauf neuer Schuhe darzustellen.**
- ⇒ **Äußern Sie sich über Ihre eigene Zahnbehandlung- bzw. -erfahrungen nur positiv oder gar nicht (das gilt auch für Omas, Opas,...)! Versuchen Sie Ihre evtl. eigenen Ängste oder Ihre Aufregung vor dem Kind zu verstecken.**
- ⇒ **Machen Sie Ihrem Kind klar, dass es die „blöden Zahnarztgeschichten“ von anderen nicht glauben muss.**
- ⇒ **Vermeiden Sie bitte unbedingt Bemerkungen wie „Du brauchst keine Angst zu haben“, „Es tut auch bestimmt nicht weh“, Es ist gar nicht schlimm**
- ⇒ **Versprechen Sie bitte Ihrem Kind keine Belohnungsgeschenke, für den fall das es die Behandlung gut „hinter sich bringt“! “**

- ⇒ **—solche selbstverständlich gut gemeinten Äußerungen kommen meist bei den Kindern ganz anders an: Sie erwecken alle den Eindruck, da passiert irgendwas negatives....Das Kind stellt sich auf „höchste Alarmstufe“ ein!!**

- ⇒ **Beschreiben Sie lieber , wie das „Zähnenachgucken“ oder „Löcherreparieren“ geht und spielen es zu Hause schon einmal.**

Sie können selbstverständlich beim ersten Zahnarztbesuch Ihres Kindes mit ins Behandlungszimmer kommen und als „stiller Beobachter“ oder “beruhigender Anblick“ dabeibleiben-

Ist Ihr Kind schon älter, so bestärken Sie es darin, dass es auch alleine ins Behandlungszimmer gehen kann.

Um so „normaler“ Ihr Kind einen Zahnarztbesuch empfindet, (dies wird besonders durch regelmäßige Kontrolltermine erreicht), um so leichter wird es sich im Falle der Notwendigkeit behandeln lassen.

Seien Sie trotzdem nicht frustriert, wenn es nicht gleich bei den ersten Besuchen alles so klappt, wie Sie es sich wünschen- auch kleine Erfolge sind wichtig und bringen uns näher an Ziel- manche Kinder brauchen eine längere „Warm-werd-Phase“!

Mit herzlichen Grüßen

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt, wir bitten Sie daher die Termine pünktlich einzuhalten bzw. gegebenenfalls frühzeitig - **spätestens 24 Stunden vorher** - abzusagen. Ansonsten sehen wir uns gezwungen, Ihnen ein Ausfallhonorar in Höhe 39 Euro pro halbe Stunde in Rechnung zu stellen .
Mit meiner Unterschrift bestätige ich das wahrheitsgetreue Ausfüllen und Kenntnissnahme des Fragebogens.
Bei Änderungen werde ich meinen Zahnarzt direkt informieren.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten