



Praxis für Zahngesundheit

Dr. Julia Rinderspacher-Holland

Anmeldebogen mit Anamnese

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

Sie sind heute das erste Mal in unserer Praxis. Damit die Behandlung nach Ihren Wünschen und auf Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, benötige ich die Beantwortung folgender Fragen. Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sehr sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der Ärztlichen Schweigepflicht STGB §203, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung haben, helfen wir Ihnen gerne.

Bitte in Druckschrift ausfüllen.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

.....

Tel. Privat:

Handy:

Email:

Beruf:

Arbeitgeber, Ort:

.....

Tel. Arbeitsplatz:

Krankenkasse:





Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

.....

Tel. Privat:

Handy:

Email:

- Sind Sie gesetzlich versichert? Haben Sie eine Zusatzversicherung?
- Sind Sie freiwillig gesetzlich versichert?

Für gesetzlich versicherte Patienten: Bitte denken Sie daran, dass wir bei jedem neuen Besuch ihre Krankenversichertenkarte benötigen. Liegt Sie uns auch nach 14 Tagen nach der Behandlung noch nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte/Gebührenordnung für Ärzte (GOZ/GOA).

- Sind Sie privat versichert? Sind Sie bei der Beihilfe versichert?
- Sind Sie Basistarif versichert? Haben Sie eine Faktorbeschränkung
in ihrem Versicherungsvertrag?

Wer hat uns empfohlen?

.....





Allgemeine Anamnese

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen!

Herz/Kreislaufkrankung:

- Liegt eine Erkrankung des Herzens vor?
- Herzfehler/Herzschwäche
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- Künstliche Herzklappe
- Herzschrittmacher
- Rhythmusstörungen
- Herzoperationen
- Haben Sie einen Herzpass?
ausgestellt von: _____
- Sonstiges: _____

Leber:

- Gelbsucht
- Fettleber
- Hepatitis A oder B oder C
- Gallensteine
- Lebererkrankungen

Magen/Darm:

- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Geschwür
- Magen-/Darmerkrankungen
- Engstelle

Blut/Blutdruck:

- Leiden Sie unter niedrigem Blutdruck?
- Leiden Sie unter hohem Blutdruck?
- Nehmen Sie Blutdruckmedikamente ein?
Welche? _____
- Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?
- Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen?
 - ASS
 - Aspirin
 - Marcumar
 - Triclopidin
 - Clopidogrel
 - Plavix
- Blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung!

Glaukom: Haben Sie erhöhten Augeninnendruck?

Gefäße:

- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern
- Thrombosen

Atemwege/Lunge:

- Asthma
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Chronische Bronchitis
- Schlafapnoe
- Schnarchen Sie?

Nieren:

- Dialysepatient
- Nierenentzündung
- Nierensteine
- Nierenerkrankung
Welche? _____

Stoffwechsel:

- Diabetes mellitus Typ 1 (Zuckerkrankheit)
- Diabetes mellitus Typ 2 (Zuckerkrankheit)
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- Kropf

Rücken/Knochen/Skelett:

- Rheuma
- Gelenkerkrankungen
- Bandscheibenbeschwerden
- Rückenbeschwerden
- Muskelschwäche
- Osteoporose

Nerven/Gemüt:

- Krampfanfälle/Epilepsie
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände
- Nervenerkrankungen? Welche? _____

Auf dieser Seite trifft nichts zu



Bitte in Druckschrift ausfüllen.

Allergien:

- Heuschnupfen
- Medikamente
- Welche? _____
- Latex (Gummihandschuhe)
- Desinfektionsmittel
- Jod
- Sonstiges: _____

Immunschwäche:

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- HIV/AIDS

Sind Sie schwanger?

- Welche Schwangerschaftswoche? _____

Liegt ein Krebsleiden vor?

- wenn ja, welches? _____

Rauchen Sie?

- Wie viel durchschnittlich? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

- Wieviel? _____

Andere Erkrankungen oder Behinderungen? _____

Nehmen Sie regelmäßig Drogen ein?

- Wenn ja, welche? _____

Was für Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Wer ist Ihr behandelnder Arzt bzw. Hausarzt?

Zahnmedizinische Anamnese:

Liebe Patienten,

unser Ziel ist, dass Sie mit uns und unserer Arbeit zufrieden sind und sich bei uns wohlfühlen.

Deshalb möchten wir Sie so umfangreich wie möglich beraten.

Haben Sie spezielle Fragen zu unserem Angebot (z.B. Vorbeugung, Zahnersatz oder Bleaching)?

Wenn ja, welche?





	ja	nein
Haben Sie Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Ihre Zähne gelockert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter empfindlichen Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundtrockenheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder Pressen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Nacken oder Rückenbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals eine "Spange"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Ihnen schöne Zähne wichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter des vorhandenen Zahnersatzes	ca. ___ Jahre	

Wichtiger Hinweis für Terminvereinbarung:

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird meine Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitte ich Sie recht herzlich, **Ihren Termin pünktlich einzuhalten oder spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.** Ansonsten müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr, abhängig von der Termindauer in Rechnung stellen. Beachten Sie hierzu die Vereinbarung über die Ausfallgebühr.

Aufklärung über Lokalanästhesie (Spritze):

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn,- Kiefer,- und Gesichtsbereiche. 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 Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diese zu betäuben, wird die Lokalanästhesie-Lösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie) in den Zahnhaltapparat und Kieferknochen (intragamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Nervausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar.

Ferner kann es unter anderem zu folgen Komplikationen kommen:

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

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.

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

Lahr, den _____ Patient _____

Oder Erziehungsberechtigte/r bei Minderjährigen _____

Lahr, den _____ Zahnärztin _____





Vereinbarung einer Ausfallgebühr

Sehr geehrter Patient

die mündliche Information über unser Terminsystem möchten wir hier noch einmal kurz zusammenfassen.

Wir arbeiten ausschließlich nach einem Bestellsystem, in dem Behandlungen terminlich präzise vorgeplant werden.

Ausnahme sind natürlich unvorhergesehene Schmerzfälle; für diesen Fall bitten wir um telefonische Kontaktaufnahme, um mit Ihnen einen Notfalltermin zu vereinbaren und Ihnen längere Wartezeit zu ersparen.

Für Sie bedeutet dieses System, dass Sie kaum Wartezeiten haben und das Team in der reservierten Zeit voll zu Ihrer Verfügung steht. Durch Langzeit-Termine kann die Zahl der Zahnarztbesuche im Rahmen einer größeren Behandlung überdies deutlich reduziert werden.

Für uns ergibt sich daraus ein ruhiges Arbeiten ohne Störungen. Damit kann eine hohe Behandlungsqualität stressfrei erbracht werden.

Dies funktioniert allerdings nur, wenn die Termine pünktlich eingehalten oder mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, da in der Regel kein anderer Patient für eine Behandlung zur Verfügung steht. Leerlauf in der Praxis ist unproduktiv, damit wird unser Bestellsystem durch nicht wahrgenommene Termine gefährdet.

Für den Fall von Nichteinhaltung oder zu kurzfristiger Absage eines Termins weisen wir Sie darauf hin, dass wir Ihnen eine Ausfallgebühr für die Betriebskosten berechnen. Diese beträgt zurzeit 180 EUR/Stunde in der zahnärztlichen Behandlung und 70 EUR/Stunde in der Prophylaxe. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie dies zur Kenntnis genommen haben.

Wenn Sie dazu Fragen haben - wir sind gerne für Sie da.

Ihre Praxis für Zahngesundheit

Ich habe die Vereinbarung über die Ausfallgebühr zur Kenntnis genommen und verstanden:

Datum _____ Unterschrift _____





SMS Terminerinnerung

◇ Ja, Ich möchte in Zukunft gerne an meine Termine per SMS erinnert werden

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

.....

Handy:

Datum _____ Unterschrift _____

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit mündlich oder schriftlich widerrufen werden.





Damit Ihnen Ihre Zähne ein Leben lang erhalten bleiben: Unser Recall-System der Vorsorge

Liebe Patientin, lieber Patient,
Ihre und unsere gemeinsamen Bemühungen um die Wiederherstellung und Erhaltung eines gesunden Zustands Ihrer Zähne und Ihres Mundes sollen sich auf Dauer lohnen. Deshalb steht die gute Mundhygiene im Vordergrund. Das Zähneputzen steht dabei nach wie vor im Mittelpunkt, doch es deckt noch lange nicht alle nötigen und möglichen vorbeugenden Maßnahmen ab.

Weitere entscheidende Maßnahmen zur Verringerung Ihrer Karies- und Parodontitisgefährdung sind die nachsorgenden Kontrolluntersuchungen in der Zahnarztpraxis und vor allem die dabei erfolgende professionelle Zahnreinigung in regelmäßigen Abständen. Wir nennen diese regelmäßige Nachsorge unser Wiederbestell-System, und kürzer bezeichnen wir es mit unserem Fachbegriff als "Recall-System".

Je nach dem gesundheitlichen Zustand Ihres Mundes und Ihres individuellen Risikos, noch einmal Karies zu bekommen oder an Parodontitis zu erkranken, wird von uns bei jeder Recall-Sitzung alles Nötige getan, um Ihre Mund- und Zahngesundheit zu erhalten.

In der Recall-Sitzung geht es um dreierlei:

- eine professionelle Zahnreinigung, die auch dann unumgänglich ist, wenn Sie selber optimal Ihre Zähne putzen
- Informationen über individuelle Möglichkeiten, Ihre häusliche Zahnpflege zu intensivieren
- die Beantwortung Ihrer Fragen zu Themen wie der zahnfreundlichen Ernährung, der Mundhygiene, der Fluoridversorgung und der Risikominderung für Karies und Parodontitis.

Ohne eine solche Hilfestellung von zahnärztlicher Seite ist es bei unseren heutigen Ernährungsgewohnheiten kaum jemandem möglich, die Zähne völlig belagfrei zu halten. Durch unser Recall-System unterstützen wir Ihre Bemühungen um optimale Mundhygiene und Mundgesundheit.

◇ Ja, Ich möchte in Zukunft gerne an meine Vorsorgeuntersuchung bzw. Professionelle Zahnreinigung erinnert werden

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

.....

◇ E-Mail _____ ◇ Post _____

Datum _____ Unterschrift _____

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit mündlich oder schriftlich widerrufen werden.

