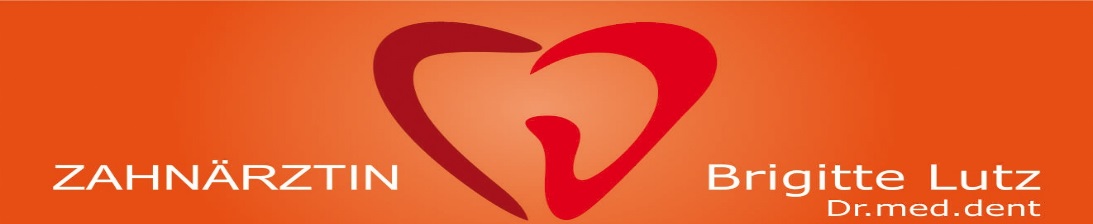
****

**Patienten- Erhebungsbogen**

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geb.Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Versicherter:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geb.Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Festnetznummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Handynummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Patientin/ Sehr geehrter Patient**

für eine an Ihrem Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen

Schweigepflicht.

**Allgemeine Fragen (bitte ankreuzen):**

Besitzen Sie ein Bonusheft? , wenn ja, bitte vorzeigen Ja o nein o

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Kontrolltermine erinnert werden? Ja o nein o

Wurden Sie in der letzten Zeit an den Zähnen geröntgt? Ja o nein o

Besitzen Sie einen Röntgenpass? Ja o nein o

**Ärztliche Behandlung:**

Stehen Sie momentan in ärztlicher Behandlung? Ja o nein o

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

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Ja o nein o

Welche Medikamente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen eine Unverträglichkeit auf Medikamente oder Ja o nein o

eine Allergie? Wenn ja bitte genau ausführen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen momentan eine Schwangerschaft? Ja o nein o

Rauchen Sie? Ja o nein o

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Ja o nein o

Nehmen Sie Blutverdünner oder Marcumar? Ja o nein o

Medikament: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Besteht eine Erkrankung folgender Organe? Bitte zutreffendes unterstreichen**

O ja O nein Herzschrittmacher/Herzschwäche/Herzentzündung/Brustschmerzen ( Angina

pectoris)/unregelmäßige Herzschläge (Arrhythmien), Bypassoperation

O ja O nein Asthma/ Bronchitis

O ja O nein Zuckerkrankheit ( Diabetes)

O ja O nein Schilddrüsen Überfunktion/ Unterfunktion

O ja O nein niedriger Blutdruck/ hoher Blutdruck/ Durchblutungsstörungen

O ja O nein Blutarmut/ Bluter/ Blutgerinnungsstörung/ Blutneigung

O ja O nein Epileptische Anfälle/ Schlaganfall

O ja O nein Rheuma, Gelenk-o. Knochenprobleme/ Gicht

O ja O nein Nierenerkrankung ( Steine/ Schwäche)/ Dialyse

O ja O nein Gelbsucht ( Hepatitis A, B, C )

O ja O nein Tumorerkrankungen ( Bestrahlung, Chemotherapie)

O ja O nein Grauer Star/ grüner Star

O ja O nein Magenerkrankung/ Darmerkrankung

O ja O nein HIV, AIDS, Tuberkulose

O ja O nein Neurodermitis

Sollten Sie eine Betäubung wünschen möchten wir Sie bitten, die möglichen aber sehr selten auftretenden Nebenwirkungen genau durchzulesen.

**Anästhesie**

**mehr oder weniger starker Einstichschmerz**

**Kribbeln/Taubheit/Gefühllosigkeit** im betäubten Bereich bis zum Abklingen nach

30 Minuten bis sechs Stunden

kurzzeitige, punktförmige **Blutung** nach Einstich

unvollständige Wirkung, **Ergänzung/Wiederholung** erforderlich

**Fremdgefühl**/Schwellung des betäubten Bereiches und/oder auf der Zunge/im Hals,

Schluckreiz

**eingeschränkte Beweglichkeit** betäubter Bereiche:

Sprechen/Lachen/Schlucken/Spucken/Ausspülen

**blitzartiger Schmerz** oder **Missempfindung** durch Nervberührung

**Schmerzen an der Einstichstelle** in den folgenden Tagen

**Bluterguss** mit Schwellung und/oder sichtbarer Verfärbung und/oder

Bewegungseinschränkungen

vorübergehendes **Atemnotgefühl** durch Betäubung kleiner Schleimhautbereiche der

Speiseröhre

vorübergehendes **Schwächegefühl, Kreislaufprobleme, Schwindel** kurz bis einen

Tag nach der Betäubung

**eingeschränkte Reaktion/Konzentration/Müdigkeit/Schlaflosigkeit** kurz bis einen

Tag nach der Betäubung

**Kopfschmerzen und/oder Übelkeit** kurz bis einen Tag nach der Betäubung

**Kribbeln der Handflächen, metallischer Geschmack, Atemschwierigkeiten** kurz

nach Betäubung

**Mitbetäubung** benachbarter oder etwas entfernter Bereiche (z. B. Nase, Auge, Ohr)

**Verblassen/weiße Flecken** und/oder **Rötung von Hautbereichen** über dem

betäubten Bereich

schnelle, vorübergehende **Anschwellung des betäubten Bereiches** oder der Umgebung

unabsichtliche **Selbstverletzung** (z. B. durch Wangenbeißen), während Betäubung noch anhält

**Entzündung der Einstichstelle**

vorübergehende **Schwellung** **des** unteren **Augenlides**, Zuschwellen des Auges,

Sehstörungen

**Kreislaufkollaps, Bewusstlosigkeit**

leichte bis heftige **allergische Reaktionen** auf verwendete Materialien/Wirkstoffe

**erst nach Tagen/Wochen/Monaten abklingende** **Gefühllosigkeit** im Verlaufsgebiet

eines betäubten Nervs

**dauerhafte Gefühllosigkeit** im Verlaufsgebiet eines betäubten Nervs/hängende Lippe/Wange

**allergische Reaktionen** auf verwendete Materialien/Wirkstoffe

O Mit der Schmerzbetäubung bin ich einverstanden. Ich habe die Nebenwirkungen genau durchgelesen und möchte gerne eine Betäubung .

O Ich möchte keine Schmerzbetäubung

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Patient/Betreuer/Elternteil/Bevollmächtiger

**Hinweise zur Nichteinhaltung von Terminen**

Lieber Patient, bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir uns vorbehalten, bei Nichteinhaltung von längeren Terminen oder bei zu kurzfristiger Absage (außer bei Krankheit oder Arbeitszeitänderungen einen Vergütungsanspruch geltend zu machen.

Eltmann, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungstermin**

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen auch gern ein Taxi.

Eltmann, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_