



Zahnarztpraxis Michael Kirches
Platz der Wiedervereinigung 4
47805 Krefeld

Tel.: 02151 933 567 E-Mail: info@kirches.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis für Zahnmedizin im Seiden Carré besuchen und uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen.

Jeder Arzt und Zahnarzt sollte vor der ersten Untersuchung nach früheren Krankheiten und gegenwärtigen Beschwerden fragen. Ihre sorgfältige und vollständige Beantwortung der folgenden Fragen erleichtert unser anschließendes Gespräch.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Angaben zu Ihrer Person

Name / Vorname

Geburtsdatum / Ort

Versicherte/r

Geburtsdatum

Straße/ Nr.

PLZ /Ort

Telefon privat

Telefon mobil

E- Mail

Telefon beruflich

Beruf / Arbeitgeber

Wie haben Sie uns gefunden? (Überweisung, Empfehlung, Presse...)

Warum kommen Sie in unsere Praxis, was ist Ihr Hauptanliegen? Was wünschen Sie sich?



Zahnarztpraxis Michael Kirches
Platz der Wiedervereinigung 4
47805 Krefeld
Tel.: 02151 933 567 E-Mail: info@kirches.de

Sind Sie von folgenden Problemen betroffen:

- schnarchen Sie? schlafen Sie schlecht?
- leiden Sie unter Tagesmüdigkeit? leiden Sie an Sodbrennen?

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

- Allergien Wenn ja, welche? _____
 Es liegt ein Allergiepass vor.
- Hoher Blutdruck Niedriger Blutdruck
- Hatten Sie einen Schlaganfall? Wenn ja, wann? _____
- Herzerkrankung Herzoperationen
Wenn ja, welcher Art? _____ Behandelnder Spezialist: _____
- Blutgerinnungsstörung Wenn ja, nehmen Sie regelmäßig Medikamente?
 Marcumar ASS / Aspirin _____
- Lungenentzündung TBC Asthma
- Diabetes Magen- /Darmerkrankung
- Besteht zum jetzigen Zeitpunkt eine Schwangerschaft? Ja Nein _____ Monat
- Besteht eine Nierenerkrankung? Wenn ja, welche? _____
- Besteht eine Lebererkrankung? Wenn ja, welche? _____
 Hepatitis Ja Nein
- Erkrankung des Immunsystems? HIV Ja Nein
 MRSA Ja Nein
- Tumorerkrankungen Wenn ja, welche? _____
- Depressionen
- Sind sie alkohol – oder drogenabhängig? Ja Nein
- Sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche? _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche? _____



Zahnarztpraxis Michael Kirches
Platz der Wiedervereinigung 4
47805 Krefeld
Tel.: 02151 933 567 E-Mail: info@kirches.de

Ihre momentane Situation im Mund – und Kopfbereich

Wo haben Sie Probleme im Zahn - / Mund - / Kopfbereich?

-
- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zahnlockerungen | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten |
| <input type="checkbox"/> Mundöffnungsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Geräusche im Kiefergelenk |
| <input type="checkbox"/> Kopf-, Gesicht-, Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche (Tinnitus) | <input type="checkbox"/> Muskelverspannungen im Kopf/Hals/Nackenbereich |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (Unfälle, Operationen, Implantate...) | |

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt? _____

Gab es in der Vergangenheit Probleme bei einer Betäubung? Wenn ja welche?

Wie alt ist Ihr, ggf. vorhandener Zahnersatz? _____ / _____

Haben Sie schon von Mundkrebsvorsorge gehört? Ja Nein
Die Untersuchung die Ihr Leben retten könnte.

Ihre Zeit ist kostbar!!

Sie können erwarten, dass wir Ihre Termine – von seltenen Notfällen abgesehen – pünktlich wahrnehmen.

Wir danken Ihnen, dass Sie es ebenso halten.

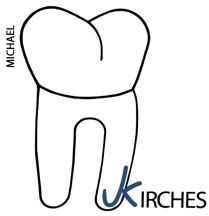
Wir ersparen Ihnen lange Wartezeiten. Daher planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, entsteht in unserer Praxis Leerlauf. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher, abzusagen.

Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch bei gesetzlich Versicherten nach Zeitaufwand und der geplanten Behandlung entsprechend der privaten Gebührenordnung GOZ 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.

Ort / Datum

Unterschrift



Zahnarztpraxis Michael Kirches
Platz der Wiedervereinigung 4
47805 Krefeld
Tel.: 02151 933 567 E-Mail: info@kirches.de

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung 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 Trigemini (einem Hirn-Nerv) mit Gefühl versorgt.

Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung 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.

Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatom (Bluterguss): Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutung in einen der Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt darüber informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

Nerv Schädigung: 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 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: 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 (bitte Ankreuzen)

- Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
(Bitte auch ankreuzen, wenn Sie im Einzelfall entscheiden möchten)
- Ich möchte *nicht* mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte im Einzelfall individuell entscheiden.

Datum

Unterschrift

**Sie haben es geschafft. Bitte geben Sie die Formulare an der Rezeption ab.
Wir bitten nun um ein wenig Geduld, nach Aufnahme Ihrer Daten sind wir für Sie da.
Ihr Praxisteam Michael Kirches**