

## Gesundheitsfragebogen

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
**Adresse:** \_\_\_\_\_ **Telefon (privat):** \_\_\_\_\_  
**Beruf:** \_\_\_\_\_ **Telefon (dienstl.):** \_\_\_\_\_

Für eine an Ihren 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.

### **Aus rechtlichen Gründen, bitte unbedingt, JA oder NEIN einkreisen!**

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

#### **Herz**

- (ja) (nein) Zustand nach Infarkt
- (ja) (nein) Herzinsuffizienz
- (ja) (nein) Muskelentzündung
- (ja) (nein) Verengung der Herzkranzgefäße
- (ja) (nein) Rhythmusstörungen
- (ja) (nein) Bypassoperation
- (ja) (nein) Herzklappenersatz
- (ja) (nein) Schrittmacher

#### **Kreislauf**

- (ja) (nein) Niedriger Blutdruck
- (ja) (nein) Bluthochdruck
- (ja) (nein) Angina pectoris
- (ja) (nein) Durchblutungsstörungen
- (ja) (nein) Schlaganfall

#### **Erkrankung des blutbildenden Systems**

- (ja) (nein) Bluter
- (ja) (nein) Gerinnungsstörungen
- (ja) (nein) Blaue Flecken
- (ja) (nein) Nachbluten nach Operationen

#### **Augen**

- (ja) (nein) Grauer Star
- (ja) (nein) Grüner Star

#### **Atmungswege/Lunge**

- (ja) (nein) Asthma
- (ja) (nein) Chronische Bronchitis

#### **Magen-Darm-Trakt**

- (ja) (nein) Magenerkrankung
- (ja) (nein) Darmerkrankung

#### **Blasen-Nieren**

- (ja) (nein) Blasenkrankung
- (ja) (nein) Nierenkrankung
- (ja) (nein) Dialyse

#### **Leber**

- (ja) (nein) Gelbsucht
- (ja) (nein) Hepatitis

#### **Bewegungsapparat**

- (ja) (nein) Rheuma
- (ja) (nein) rheumatoide Arthritis
- (ja) (nein) Gicht

#### **Zentrales Nervensystem**

- (ja) (nein) epileptische Anfälle

#### **Vegetatives Nervensystem**

- (ja) (nein) Kopfschmerzen
- (ja) (nein) Migräne
- (ja) (nein) Depressionen
- (ja) (nein) Angstzustände

#### **Stoffwechsel**

- (ja) (nein) Zuckerkrankheit
- (ja) (nein) Schilddrüsenüberfunktion
- (ja) (nein) Schilddrüsenunterfunktion

#### **Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?**

- (ja) (nein) Haut und/oder Geschlechtskrankheiten
- (ja) (nein) HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
- (ja) (nein) Tumorerkrankungen
- (ja) (nein) Röteln, Mumps, Masern, Scharlach

**Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:**

**(Haus-)arzt:** \_\_\_\_\_

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

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Bitte wenden!**

### Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- (ja) (nein) Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?
- (ja) (nein) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Sind Sie gegen irgendwelche Stoffe allergisch? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Sind Sie z.Zt. schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

### Weitere administrativ wichtige Informationen:

- (ja) (nein) Besitzen Sie einen Röntgenpass
- (ja) (nein) Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermin erinnert werden? Wenn ja, bitte wählen Sie aus: per Brief oder E-Mail

E-Mailadresse \_\_\_\_\_

### 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, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden.

Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen oder in die Nähe eines der drei Hauptäste der Nerven (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren 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 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 kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

**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 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie Ihren Zahnarzt.

**Selbstverletzung** – Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (Zunge, Wangen, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

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 lokalen Irritationen zurückzuführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

### Einverständniserklärung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

- (ja) (nein) Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- (ja) (nein) Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- (ja) (nein) Ich möchte dies individuell entscheiden.
- (ja) (nein) Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

Leipzig, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bitte wenden!**