





**Wünschen Sie eine besondere Beratung über:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Karies- und Parodontitisprophylaxe | <input type="checkbox"/> Zahnfarbene Füllungen         |
| <input type="checkbox"/> Gold- bzw. Keramikfüllungen        | <input type="checkbox"/> Amalgamentfernung             |
| <input type="checkbox"/> Quecksilberentgiftung              | <input type="checkbox"/> Parodontitisbehandlung        |
| <input type="checkbox"/> Implantate                         | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbehandlung       |
| <input type="checkbox"/> Schienentherapie                   | <input type="checkbox"/> Zahnersatz                    |
| <input type="checkbox"/> Materialtestung                    | <input type="checkbox"/> Naturheilkundliche Behandlung |

**Für Ihre Karteikarte benötigen wir folgende Angaben. Bitte füllen Sie diese Seite sorgfältig aus. (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

Was ist die Ursache Ihres Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?  ja  nein

Leiden Sie unter Mundgeruch?  ja  nein

Wurde bei Ihnen eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?  
 ja  nein

Welche Zahnbürste verwenden Sie?  manuell  elektrisch  Schall

Benutzen Sie Zahnseide oder Interdentalbürstchen?  ja  nein

Verwenden Sie eine Munddusche?  ja  nein

Haben Sie manchmal einen Metallgeschmack?  ja  nein

Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen?  ja  nein

Wurde bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?  
 ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Blutverdünner  
( z.B.Markumar, ASS oder Colfarit)?  ja  nein

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

Sind Sie Allergiker?  ja  nein

Welche Allergien? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein

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

Nehmen Sie Bisphosphonate?  ja  nein



**Hatten oder haben Sie eine der folgenden Erkrankungen:**

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen?            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzinfarkt?                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hoher Blutdruck?                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Niedrigen Blutdruck?                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen?                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lungenerkrankungen?                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose?                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma, Atemnot?                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rauchen Sie?                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|   |                             |                               |
| Magen- Darmerkrankung?                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nierenerkrankungen?                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| HIV (AIDS)?                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis A, B?                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis C?                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gelbsucht, Lebererkrankungen?           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zuckerkrankheit (Diabetes)?             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|   |                             |                               |
| Rheuma?                                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankung?                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie oder Anfallsleiden?           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Augenerkrankungen (grauer Star etc.)?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bestehen andere Erkrankungen?           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Welche? _____                           |                             |                               |

---

**Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.**



**Für Kassenpatienten:**

Sofern ich innerhalb von 14 Tagen die Versicherungskarte nicht vorlege, wünsche ich Rechnungsstellung wie für Privatpatienten (s.u.).

**Für Privatpatienten:**

Der Steigerungssatz der Privatliquidation kann sich in begründeten, besonders schwierigen Fällen bis zum 3,5-fachen des Regelsatzes erhöhen. Die Abrechnung erfolgt nach der gesetzlichen Gebührenordnung unabhängig von Zeitpunkt und Umfang etwaigen Erstattung der Kosten nach Beihilfevorschriften, Versicherungsbedingungen usw.

**Bitte halten Sie Ihre Termine ein. Sagen Sie bitte rechtzeitig ab.**

---

Datum, Unterschrift

Möchten Sie, dass wir Sie regelmäßig und kostenlos an Ihre zahnärztliche Voruntersuchung erinnern?  ja  nein



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die allermeisten zahnärztlichen Behandlungen verlaufen ohne jede Komplikation. Behandlungen, die eine örtliche oder Leitungsanästhesie nötig machen, beinhalten jedoch im Ausnahmefall Risiken, die Sie kennen müssen um sich entscheiden zu können. Zur Einschätzung individueller Risiken müssen wir über wesentliche Fragen Ihres Gesundheitszustandes informiert sein.

Bekanntermaßen sind zahnärztliche Behandlungen wie Bohren, Schleifen, Ziehen von Zähnen oder auch Zahnimplantationen zwar oft unangenehm aber dennoch risikoarm. Insbesondere bei Anwendung von Betäubungsmitteln („Spritzen“) kann es jedoch Komplikationen geben, die nachfolgend geschildert werden. Sollte in Ausnahmefällen eine Vollnarkose notwendig sein, werden Sie getrennt von einer Anästhesistin / einem Anästhesisten aufgeklärt.

- Trotz Betäubung kann es während einer zahnärztlichen Behandlung zu Schmerzen kommen, die meist durch Nachspritzen behoben werden können.
- Blutergüsse, Blutungen, Entzündungen, Infektionen oder Wundheilungsstörungen können an Einstichstellen von Spritzen oder an Operationsstellen auftreten. Auch können Weichteile des Gesichts betroffen sein. Daraus kann die Notwendigkeit von Nachbehandlungen mit Antibiotika, Spülungen oder einer Operation erwachsen. Auch bleiben manchmal andauernde Schmerzen und Narben zurück. Bei Einnahme von gerinnungshemmenden Mitteln kann es zu verstärkten Nachblutungen kommen, die u.U. behandelt werden müssen.
- Selten treten Brechreiz, Hautausschlag, Juckreiz, Quaddelbildung, Schwellungen oder Schwindel als allergische Reaktionen oder Überempfindlichkeit auf verabreichte Betäubungsmittel und Medikamente auf. Sie klingen meist bald wieder ab.
- Schwere allergische Reaktionen auf eingesetzte Medikamente und Betäubungsmittel führen sehr selten zur Verschlechterung der Atemfunktion bis hin zum Atemstillstand und extrem selten zu lebensbedrohlichen Herz-Kreislaufstörungen (Schock). Daraus kann eine Minderdurchblutung von



## Anamnese Praxis Dr. Andrea Behr / Dr. André Trojanski

Organen wie Hirn oder Nieren resultieren, woraus sich Organschäden entwickeln können (z.B. Hirnschädigung mit Krampfanfällen, Nierenversagen)

- Ein mögliches Problem ist das Verschlucken oder Einatmen von gezogenen oder abgebrochenen Zähnen, Instrumententeilen oder Füllungen. Das Verschlucken macht normal keine Probleme. Es findet lediglich eine Überwachung statt. Wird jedoch ein Fremdkörper versehentlich eingeatmet, muss er häufig durch einen Spezialisten mit einem Bronchoskop entfernt werden.
- Sehr selten werden Nerven durch Einspritzungen oder Behandlung in Mitleidenschaft gezogen. Daraus resultieren manchmal Geschmacks- und Gefühlsstörungen sowie Taubheitsgefühle von Zunge oder Lippen.

Wir müssen rechtzeitig wissen, welche Medikamente Sie normalerweise einnehmen und am Vortag eingenommen haben, damit wir Ihnen mitteilen können, welche vor der Behandlung aus- oder abgesetzt oder in der Dosis verringert werden müssen. Das betrifft vor allem blutgerinnungshemmende Mittel. Lassen Sie sich dazu von uns rechtzeitig beraten.

Ich habe den Text vollständig gelesen und bin über die zahnärztliche Behandlung und die Betäubung informiert.

---

Datum, Unterschrift