

## patientenfragebogen

name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

adresse: \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig, denn nur dann kann ich die geeignete Behandlungsmethode für Sie auswählen.

Alle Angaben sind vertraulich und unterliegen der zahnärztlichen Schweigepflicht!

Welches Anliegen führt Sie zu mir?

---

### zutreffendes bitte ankreuzen!

ja      nein

- |                       |                       |  |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Herz-Kreislaufbeschwerden?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Erhöhte Blutungsneigung (Blutverdünnung, Antikoagulation?), Blutkrankheit; bluten Sie lange nach Verletzungen? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hepatitis (Gelbsucht) oder andere ansteckende Erkrankungen (zB. TBC, HIV, AIDS)?                               |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hormonelle Störungen (zB. Schilddrüsenüberfunktion)?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Diabetes (Zuckerkrankheit)?  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | rheumatische Erkrankungen?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Asthma, Allergie?  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | sonstige schwere Erkrankungen?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nehmen Sie antidepressive Medikamente?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nehmen Sie ständig Medikamente?  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?<br>Welche Schwangerschaftswoche?                                |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Kiefergelenksbeschwerden?  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hatten Sie jemals Operationen im Kiefer-, Gesichtsbereich oder einen schweren Unfall mit Bewusstlosigkeit?     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Haben Sie eine private Krankenzusatzversicherung?  |

**etwaige private zuzahlungen, die nicht über die e-card abdeckt sind**

ja      nein

- Wünschen Sie eine örtliche Betäubung zur schmerzarmen/-losen Füllungstherapie?  
(Nehmen Sie jedoch zur Kenntnis, dass als Folge eine Beeinträchtigung der  
Fahrtüchtigkeit eintreten kann!)
- Möchten Sie anstelle von Amalgam eine andere (zB. „zahnfarbene, weisse“) Füllung?
- Möchten Sie an die notwendigen Kontrolltermine erinnert zu werden?
- Möchten Sie an einem individuellen Vorbeugeprogramm (Erlernen korrekter  
Zahnreinigung, Entfernung von Zahnstein und Belägen mit lokaler Fluoridierung)  
Teilnehmen (professionelle Zahnreinigung)?

## **patientenaufklärung**

Der Gesetzgeber verpflichtet den Zahnarzt, den Patienten vor Beginn der Behandlung auf mögliche während und auch nach der Behandlung auftretende nachhaltige Folgen hinzuweisen.

**Prinzipiell kann jede Behandlung misslingen und zum Zahnverlust führen.**

### **I. Verabreichung der örtlichen Betäubung (Lokal-/Leitungsanästhesie)**

1. Zusammenbruch des Kreislaufsystems
  - Ohnmacht
  - unumkehrbarer Schockzustand
  - möglicher Tod
2. Verletzung eines Blutgefässes
  - Blutung
3. Verletzung eines Nervs
  - vorübergehendes Taubheitsgefühl
  - bleibendes Taubheitsgefühl

### **II. Füllungsbehandlung**

Entzündung des Zahnmarkes:

- vorübergehende Schmerzen
- Absterben des Zahnmarkes
- Wurzelbehandlung

### **III. Behandlung des Zahninneren (Wurzelbehandlung)**

1. Zerschneiden des Zahnes
2. Entzündung der Zahnumgebung
3. Im Oberkiefer Einbringen von Wurzelkanalfüllungsmaterial in die Kieferhöhle
  - eventuell operative Entfernung
4. Im Unterkiefer Einbringen von Wurzelkanalfüllungsmaterial in den Kanal, der im Unterkieferknochen verläuft
  - eventuell operative Entfernung
5. Ausschwemmung von Keimen in den Blutkreislauf
  - Fieber
  - möglicher Tod

- 
- 6. Feilen-(Instrumenten)Bruch
  - Entfernung durch Spezialisten
  - Wurzelspitzenresektion
  - Extraktion

**IV. Zahnentfernung im Oberkiefer**

1. Abbrechen des Zahnes
2. Nachblutung sofort, aber auch noch nach Tagen
3. Bruch des Oberkieferknochens
4. Eröffnung der Kieferhöhle
5. Hineinstoßen eines Zahn- oder Wurzelrestes in die Kieferhöhle
  - operative Entfernung
6. Schmerzhaftes Entzündung der Wundhöhle
7. Übergreifen der Entzündung in die benachbarten Weichteile und in den Knochen
8. Ausschwemmung von Keimen in den Blutkreislauf
  - Fieber
  - möglicher Tod

**V. Zahnentfernung im Unterkiefer**

1. Abbrechen des Zahnes
2. Nachblutung sofort, aber auch noch nach Tagen
3. Bruch des Unterkieferknochens
  - eventuell operative Versorgung
4. Verletzung des im Unterkieferknochen verlaufenden Nervs
5. Hineinstoßen eines Zahn- oder Wurzelrestes in den Nervkanal, der im Unterkiefer verläuft
  - operative Entfernung
6. Schmerzhaftes Entzündung der Wundhöhle
7. Übergreifen der Entzündung in die benachbarten Weichteile und in den Knochen
8. Ausschwemmung von Keimen in den Blutkreislauf
  - Fieber
  - möglicher Tod

**VI. Fragen an den behandelnden Zahnarzt:**

---

Sollten Sie verhindert sein, sagen Sie den Termin bitte mindesten einen Tag vorher ab!  
Wir behalten uns vor, für versäumte bzw. nicht abgesagte Termine einen Unkostenbeitrag zu verrechnen.

Ich wurde über die angeführten Punkte I. – VI. aufgeklärt, habe diese verstanden und bestätige mit meiner Unterschrift die Kenntnisnahme. Auf Wunsch erhalte ich einen Patientenfragebogen zur Mitnahme.

datum: \_\_\_\_\_ unterschrift: \_\_\_\_\_