

## Zahnarztpraxis

Dr. Marga Bergmann  
Dr. Maria Kortenbruck

Eggerscheidter Straße 4-6  
40883 Ratingen-Hösel  
Tel. 02102 - 69909  
www.bergmann-kortenbruck.de  
praxis@bergmann-kortenbruck.de

## Anamnese

Name:	Vorname:	Geb.Datum:
Straße, Nr. :	Ort	Geburtsort:
Telefon	mobil:	E-Mail:
Name Versicherter:	Vorname Versicherter:	Arbeitgeber:
Anschrift Versicherter:	Ort:	Telefon:

Info: Ihren Geburtsort müssen wir laut Röntgenverordnung bei ihren Röntgenaufnahmen dokumentieren. Wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis besuchen und uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

### Ich bin:

Privatversichert       Beihilfeberechtigt       Zusatzversichert       Pflichtversichert

### Ein Service unserer Praxis ist das Recall-Verfahren:

Auf Wunsch schicken wir Ihnen eine Postkarte oder eine E-Mail und erinnern Sie an den nächsten Kontroll- oder Prophylaxe-Termin. Bitte kreuzen Sie an, wenn Sie erinnert werden möchten:

Postkarte:                       Ja                       Nein                      per E-Mail: \_\_\_\_\_

### Besitzen Sie:

ein Bonusheft                       Ja                       Nein  
einen Röntgenpass                       Ja                       Nein  
einen Allergiepass                       Ja                       Nein  
einen Implantatpass                       Ja                       Nein

Wer ist Ihr  Hausarzt oder / und  Heilpraktiker? \_\_\_\_\_

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen? \_\_\_\_\_

Welches besondere Anliegen führt Sie zu uns? \_\_\_\_\_

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch bzw. Zahnreinigung? \_\_\_\_\_

Wie alt ist ihr ggf. vorhandener Zahnersatz? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Pflegestufe? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?                       Ja                      Wievielte Woche: \_\_\_\_\_

Bevor wir Ihre zahnmedizinischen Wünsche besprechen, benötigen wir einige Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig, um die für Ihre Behandlung geeigneten Materialien, Medikamente und Behandlungsmethoden auswählen zu können:

**Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma, Atemnot | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck     |
| <input type="checkbox"/> COPD            | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher           | <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck |

Blutgerinnungsstörungen:

- |                                      |                                  |                                   |                                 |
|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ASS/Aspirin | <input type="checkbox"/> Xarelto | <input type="checkbox"/> Marcumar | <input type="checkbox"/> andere |
|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes melitus       | wenn ja, welcher Typ: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |                             |
| <input type="checkbox"/> Lungenentzündung       |                             |
| <input type="checkbox"/> Glaukom (grüner Star)  |                             |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose            |                             |

**Infektionskrankheiten /allgemeine Informationen:**

- |  |                                      |                              |                                     |
|--|--------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht (Hepatitis) | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> MRSA-Keime |
|--|--------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?                                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter Zahnlockerungen?                                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter Mundgeruch?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Benutzen Sie Zwischenraumbürstchen?                                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Benutzen Sie Zahnseide?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?                          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter Muskelverspannungen im Kopf/Hals/Nacken?             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Stellen Sie Geräusche im Kiefergelenk fest (z.B. beim Gähnen, Kauen)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Allergien?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche? _____  |                             |                               |
| Bestehen andere Erkrankungen?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche? _____  |                             |                               |
| Nehmen Sie Medikamente ein?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie Vitamine ein?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie homöopathische Mittel ein?                                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche? _____  |                             |                               |
| Rauchen Sie?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol?                                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie regelmäßig Drogen zu sich?                                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind Sie mit der Zahnstellung und Farbe Ihrer Zähne zufrieden?        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**Datenschutzerklärung:**

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Bergmann-Kortenbruck für die ggf. Erstellung meines individuellen Zahnersatzes meine Patientendaten /-fotos an das gewerbliche Dentallabor weitergibt. Bei Notwendigkeit gilt das auch für Weiterbehandler. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wir bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mitzuteilen.

## Ihre Zeit ist kostbar!

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

Wir ersparen Ihnen lange Wartezeiten. Daher planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, entsteht in unserer Praxis Leerlauf. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine, mindestens 24 Stunden, bei Terminen, die für 2 Stunden oder länger angesetzt sind, mindestens 48 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

## 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, Exktraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus Trigemimus (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 (Leistungsanästhesie) 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 Kaumuskel 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 maxmale 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie bitte 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 Beäubung behandelt werden.
- Ich möchte mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte im Einzelfall individuell entscheiden.

\_\_\_\_\_  
Ort, 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. Optimalerweise haben Sie die Formulare bereits zu Hause ausgefüllt. Dann geben Sie sie bitte direkt bei der Anmeldung ab.**