



Praxisklinik für

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Ästhetische Operationen

MKG Hamburg Nord • Nordalbingenweg 19 • 22455 Hamburg
Tel.: 040-98762302 • Fax: 040-98762312 • E-Mail: info@mkgnord.de

Gesundheitsfragebogen

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste kieferchirurgische 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.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum/-ort: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefonnummer: _____

Krankenkasse: _____

Beruf: _____

Bei Familienversicherten, bitte Versicherungsnehmer angeben.

Name des Vers. Nehmer: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefonnummer: _____

DER GESUNDHEITSFRAGEBOGEN FÜR DIE ZAHNARZTPRAXIS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Das Praxisteam bittet Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen. Diese Informationen fügen wir Ihrer Patientenakte zu. Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen?

Ja

Herz/ Kreislauf:

- Herzfehler
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- Künstliche Herzklappe
- Herzschrittmacher
- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Herzrhythmusstörungen
- Herzschwäche

oder _____

Gefäße:

- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern
- Thrombosen

oder _____

Atemwege/ Lunge:

- Asthma
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Chronische Bronchitis
- Lungenblähung
- Schlafapnoe
- Schnarchen Sie?

oder _____

Leber:

- Gelbsucht
- Leberverhärtung
- Fettleber
- Gallensteine
- Hepatitis A B C

oder _____

Nieren:

- Dialysepflichtigkeit
- Nierenentzündung
- Nierensteine

oder _____

Magen, Darm:

- Geschwür
- Engstelle
- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Refluxkrankheit

oder _____

Stoffwechsel:

- Zuckerkrankheit:
 - Diabetes mellitus Typ I
 - Diabetes mellitus Typ II
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- Kropf

oder _____

Skelettsystem:

- Gelenkerkrankungen
- Rückenbeschwerden
- Bandscheibenbeschwerden
- Muskelschwäche
- Muskelerkrankungen
- Fibromyalgie

oder _____

Nerven/ Gemüt:

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände

oder _____

Augen:

- Grüner Star
- Grauer Star
- Starke Einschränkung der Sehkraft
- Blindheit

oder _____

Blut:

- Gerinnungsstörungen,
 - auch bei Blutsverwandten
- Häufiges Nasenbluten
- Blaue Flecken, auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung
- Nachbluten nach Operationen

oder _____

Allergie oder/ und Überempfindlichkeit:

- Heuschnupfen
- Nahrungsmittel
- Fruchtzucker
- Medikamente
- Jod
- Pflaster
- Latex, z. B. Luftballon, Radiergummi, Gummihandschuhe

oder _____

Sind Sie schwanger?

Welche Schwangerschaftswoche?

Immunschwäche:

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- AIDS

oder _____

Knochen:

- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt? Aufgrund welcher Erkrankung?

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

Wann? Mit welchem Präparat?

Haben sie andere Erkrankungen oder Behinderungen?

Rauchen Sie?

Wie viel durchschnittlich?

Trinken Sie Alkohol?

Gelegentlich

Regelmäßig, wie viel?

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?

Dauerhaft oder in den letzten Tagen, z. B.:

- Aspirin®
- ASS
- Marcumar®
- Ticlopidin
- Plavix®/ Clopidogrel
- Pradaxa®
- Xarelto®
- Eliquis®
- Aggrenox®
- Efigent®

oder _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Antibabypille
- Psychopharmaka
- Antidiabetika

oder _____

Können Sie problemlos ein Stockwerk hochgehen?

- Ja
- Nein

Wie lange hat die Anästhesie bei Ihnen das letzte Mal angedauert?

- 30 Minuten
- 1 Stunde
- 3–4 Stunden

oder _____

Mein Hausarzt ist:

Außerdem bin ich beim Facharzt für

Ich versichere, dass ich alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gemacht habe.

..... in Behandlung.

Name

Name

Datum

Straße

Straße

Unterschrift

Ort

Ort

Telefon

Telefon

Fax

Fax

E-Mail

E-Mail

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 (z. B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, 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 (intragamentäre 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 die 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 zu 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.

Nervenschädigung: 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 die Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nach

maximal 12 Stunden nicht 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

- Die Aufklärung habe ich verstanden. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

Vom Arzt auszufüllen

Insbesondere wurden folgende Punkte besprochen:

.....

Datum

Unterschrift