

# ANMELDUNG UND FRAGEN ZUR GESUNDHEIT

## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient			
Name	Vorname	geb.	
Mitglied			
Name	Vorname	geb.	
Kontaktdaten			
Straße		Nr.	
Ort		PLZ	
Tel.	Fax	Mobil	
E-Mail			
Ja, Die Praxis darf meine E-Mail-Adresse widerruflich zur direkten Kommunikation mit mir nutzen (z. B. Terminerinnerungen).			
Beruf / Arbeitgeber			
Arbeitgeber		Tel.	
Anschrift		Beruf	
Krankenkasse / Versicherung			
Ihre Krankenkasse			
Ihre Mitgliedsnummer			
Versicherung gesetzlich			
pflichtversichert		ja	nein
freiwillig versichert		ja	nein
Zusatzversicherung / Wenn ja, welche? _____		ja	nein
Versicherung privat			
vollversichert		ja	nein
Beihilfe / Wenn ja, welche? _____		ja	nein
Basistarif		ja	nein
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?			
Empfehlung von _____			
Überweisung von _____			
Zeitschriftenwerbung    Internet    Telefonbuch			
Sonstiges: _____			



**Wichtiger Hinweis:**  
Teilen Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor weiteren Behandlungsterminen mit!

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, 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 nach Zeitaufwand und der geplanten Behandlung 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. Sie werden dann umgehend informiert.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Gibt es Fragen oder Probleme beim Ausfüllen des Formulars?  
Wir helfen Ihnen gerne weiter - persönlich direkt am Empfang oder telefonisch unter 0 26 63 / 9 11 90 14.**

**PRIVATPRAXIS FÜR ZAHNMEDIZIN**  
PERFEKTION UND PERSÖNLICHKEIT

Privatpraxis für Zahnmedizin  
Dr. Diether Reusch  
Neustraße 30  
56457 Westerburg

Tel.: 0 26 63 / 9 11 90 14  
Fax: 0 26 63 / 9 11 90 20  
E-Mail: info@praxis-reusch.de  
Internet: www.praxis-reusch.de

### Zahnarzt Dr. Diether Reusch

- Ehrenpräsident der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Zahnmedizin e. V.
- Spezialist für Rekonstruktive Zahnmedizin, Ästhetik und Funktion der European Dental Association
- Spezialist für Ästhetik und Funktion in der Zahnmedizin der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Zahnmedizin e. V.
- Spezialist für Funktionsdiagnostik und -therapie der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie

### Zahnarzt Jan Strüder

- Spezialist für Rekonstruktive Zahnmedizin, Ästhetik und Funktion der European Dental Association
- Spezialist für Ästhetik und Funktion in der Zahnmedizin der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Zahnmedizin e. V.

### Zahnärztin Dr. Karina Schick

- Spezialistin für Prothetik der Deutschen Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien e. V.
- Tätigkeitsschwerpunkt  
Ästhetische Zahnmedizin

### Zahn technikermeister Paul-Gerd Lenze SYNTHESE Dentallabor

- Spezialist für Ästhetik und Funktion in der Zahntechnik der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Zahnmedizin e. V.

Die Privatpraxis für Zahnmedizin  
Dr. Diether Reusch ist:

Akkreditierte Lehr- und  
Forschungseinrichtung der

**GOETHE**  
**UNIVERSITÄT**  
FRANKFURT AM MAIN



Studienzentrum für  
Masterstudiengänge der

**ERNST-MORITZ-ARNDT**  
**UNIVERSITÄT GREIFSWALD**



# ANMELDUNG UND FRAGEN ZUR GESUNDHEIT

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Viele Beschwerden (Kopfschmerzen, Muskelverspannungen, Kiefergelenksprobleme) haben ihre Ursache in einer gestörten Funktion des Kauorgans. Hohe Bakterienbelastung bei einer Parodontitis wirkt sich negativ auf unterschiedliche Organe aus. Sie werden zwischen diesen Beschwerden und Ihren Zähnen meist keinen direkten Zusammenhang erkennen. Eine gründliche zahnärztliche Untersuchung beinhaltet jedoch, dass wir diesen Beschwerden nachforschen, um ihre Ursache zu finden.

Dabei beschränken wir uns nicht auf Ihre Zähne und Ihren Kiefer, sondern beziehen das gesamte Kausystem mit all seinen Strukturen mit ein.

Wir bitten Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen. Vermeiden Sie dabei bitte jedwede eigene Interpretation der Fragen. Haben oder hatten Sie Beschwerden – wie in der Frage angesprochen – kreuzen Sie bitte immer „ja“ oder „nein“ an.

## IHR BEHANDLUNGSWUNSCH:

<input type="checkbox"/> <b>Kostenoptimierte Therapie</b> Ich möchte hochwertig aber möglichst kostengünstig behandelt werden und nehme bewusst in Kauf, dass ich auf einige moderne Behandlungsmethoden verzichten muss. Berücksichtigen Sie dies bei der Therapieplanung. Sollte ich einen Heil- und Kostenplan zur Abstimmung mit meinem Versicherer benötigen, weise ich Sie gesondert darauf hin.	<input type="checkbox"/> <b>Qualitätsoptimierte Therapie</b> Ich wünsche eine höchstwertige Therapie unter Einbeziehung aller relevanten Möglichkeiten der modernen Zahnheilkunde. Nicht nur Langlebigkeit sondern auch Komfort, höchstwertige Materialien sowie ästhetische und funktionelle Aspekte sollen Berücksichtigung finden. Sollte ich einen Heil- und Kostenplan zur Abstimmung mit meinem Versicherer benötigen, weise ich Sie gesondert darauf hin.		
<b>Am wichtigsten ist mir:</b>			
Funktion	Ästhetik	Langlebigkeit	Berücksichtigung naturheilkundlicher Aspekte
<b>Benötigen Sie eine Beratung zum Thema „Schnarchen“?</b>	Ja	Nein	
<b>Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?</b>	Ja	Nein	

## OKKLUSALINDEX:

	ja	nein	Bewertung durch den Zahnarzt
Haben Sie irgendwann Beschwerden, wenn Sie kauen?			
Kauen Sie regelmäßig Kaugummi?			
Ist irgendein Zahn besonders empfindlich?			
Stört ein Zahn beim Schließen, Kauen oder Schlucken?			
Müssen Sie einen Platz suchen, um die Zähne richtig zu schließen?			
Pressen oder knirschen Sie unbewusst auf Ihren Zähnen?			
Schmerzt es bei weiter Mundöffnung, großem Biss oder beim Gähnen?			
Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche? rechts links			
Haben Sie manchmal Schmerzen im Ohrenbereich? rechts links			
Leiden Sie an Kopfschmerzen? Morgens Mittags Abends rechts links beidseits wechselnd			
Leiden Sie unter Verkrampfungen oder Ziehen? Kopfbereich Nackenbereich Hals			
Verspüren Sie manchmal Trockenheit Brennen im Mund?			

<b>Anmerkungen:</b>	
Welche Medikamente nehmen Sie gegen die angeführten Zustände?	
Hatten Sie nach einem Unfall jemals Beschwerden im Kopfbereich oder Nacken?	
Beeinflussen die Beschwerden Ihr Wohlbefinden oder Ihre Schaffenskraft?	
Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung?	
Was wurde gemacht?	
Vermuten Sie eine ernste Störung oder Erkrankung?	
Halten Sie eine Behandlung für notwendig?	
Frühere Operationen? Wenn ja, welche?	

# ANMELDUNG UND FRAGEN ZUR GESUNDHEIT

Herz / Kreislauf:	ja	nein
Herzfehler		
Angina pectoris		
Herzinfarkt		
Herzmuskelentzündung		
Herzklappenentzündung		
künstliche Herzklappe		
Herzschrittmacher		
hoher Blutdruck		
niedriger Blutdruck		
Rhythmusstörungen		
Herzschwäche		
Sonstiges:		

Gefäße:	ja	nein
Schlaganfall		
Durchblutungsstörungen		
Krampfadern		
Thrombosen		
Sonstiges:		

Atemwege / Lunge:	ja	nein
Asthma		
Lungenentzündung		
Tuberkulose		
chronische Bronchitis		
Lungenblähung		
Schlafapnoe		
Schnarchen Sie?		
Sonstiges:		

Leber:	ja	nein
Gelbsucht		
Leberverhärtung		
Fettleber		
Gallensteine		
Hepatitis		
A      B      C		
Sonstiges:		

Nieren:	ja	nein
Dialysepflichtigkeit		
Nierenentzündung		
Nierensteine		
Sonstiges:		

Magen / Darm:	ja	nein
Geschwür		
Engstelle		
Verdauungsstörungen		
Sodbrennen		
Refluxkrankheit		
Sonstiges:		

Stoffwechsel / Zuckerkrankheiten:	ja	nein
Diabetes mellitus Typ I		
Diabetes mellitus Typ II		
Schilddrüsenunterfunktion		
Schilddrüsenüberfunktion		
Kropf		
Sonstiges:		

Skelettsystem:	ja	nein
Gelenkerkrankungen		
Rückenbeschwerden		
Bandscheibenbeschwerden		
Fibromyalgie		
künstl. Gelenke / Endoprothese		

Nerven / Gemüt:	ja	nein
Krampfanfälle (Epilepsie)		
Lähmungen		
Depressionen		
Angstzustände		
Waren / sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung?		
Kopfschmerzen		
Bulimie		
Sonstiges:		

Augen:	ja	nein
Grüner Star (Glaukom)		
Grauer Star (Katarakt)		
starke Einschränkung der Sehkraft		
Blindheit		
Sonstiges:		

Blut:	ja	nein
Gerinnungsstörungen		
- bei sich selbst		
- bei Blutsverwandten		
häufiges Nasenbluten		
blaue Flecken schon nach leichten Berührungen		
Nachbluten im Anschluss an Operationen		
Sonstiges:		

Immunschwäche:	ja	nein
Einnahme von Cortison		
Organtransplantation		
HIV-positiv / AIDS		
Sonstiges:		

Schwangerschaft:	ja	nein
Sind Sie schwanger?		
Schwangerschaftswoche?		
Kinderwunsch		

Allergien:	ja	nein
Heuschnupfen oder Überempfindlichkeiten		
Fruchtzucker		
Medikamente		
Jod		
Pflaster		
Latex (z. B. Luftballons o. ä.)		
Allergiepass		

Knochen:	ja	nein
Wurden bzw. werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt?		
Osteoporose		
Tumor / Krebserkrankung aktuell oder zurückliegend?		

Andere Erkrankungen oder Behinderungen:	ja	nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit		
Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit		
Sonstiges:		

Nikotin / Alkohol:	ja	nein
Rauchen Sie?		
Wieviel durchschnittlich?		
Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol?		
aktueller oder zurückliegender Rauschmittelkonsum		

Gerinnungshemmende Medikamente:	ja	nein		
	kürzlich	dauerhaft		
Aspirin®/ ASS®				
Marcumar®				
Ticlopidin®				
Clopidogrel®				
Sonstiges:				

Regelmäßige Medikamente:	ja	nein
Blutdruckmedikamente		
Herzmedikamente		
Schmerzmittel		
„Antibabypille“		
Psychopharmaka		
Antidiabetika		
Sonstiges:		

Röntgen:	ja	nein
Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?		

Sonstige Hinweise

# ANMELDUNG UND FRAGEN ZUR GESUNDHEIT

Mein Hausarzt		Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?
Name:		
Straße:		
Ort:		
Telefon:		
E-Mail:		

Weitere aktuelle Behandlungen		
	Grund / Art der Behandlung	Mein Facharzt (Name und Ort)

## 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, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus Trigemini (einem Hirnnerv) 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 Nervs (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar.

### Es kann unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

**Hämatom (Bluterguss):** Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskeln 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.

**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 maximal 12 Stunden 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 nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.

Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Abtretungsvereinbarung

Aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht und im Interesse eines reibungslosen Ablaufes Ihrer Behandlung und unserer Verwaltung möchten wir sicherstellen, dass Rechtsbeziehungen ausschließlich zwischen unserer Praxis und Ihnen als unserem Patienten und Partner des Behandlungsvertrages bestehen. Aus diesem Grunde bitten wir Sie, nachfolgende Abtretungsvereinbarung zu unterzeichnen. Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden von dem Patienten/Zahlungspflichtigen an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift