



## Herzlich Willkommen in unserer Gemeinschaftspraxis

Damit wir Sie besser kennen lernen, benötigen wir ein paar wichtige Angaben.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männl.  weibl.

### Wohnhaft

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_  Basistarif

Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### Bei Kindern bitte den Hauptversicherten eintragen:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männl.  weibl.

Wünschen Sie eine Erinnerung an eine Vorsorgeuntersuchung?  ja  nein

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb Ihren nachfolgenden, **persönlichen Gesundheitscheck** sorgfältig aus.

Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr Praxisteam der Gemeinschaftspraxis  
Dr. Ekkehard Grutzka und Dr. Elisabeth Kah



## Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Diabetes (Zuckerkrankheit)	ja [ ]	nein [ ]
Herzkrankung (z.B. angeborene / erworbene Herzfehler)	ja [ ]	nein [ ]
Hatten Sie einmal einen Herzinfarkt ?	ja [ ]	nein [ ]
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder künstliche Herzklappen ?	ja [ ]	nein [ ]
Hatten Sie einmal einen Schlaganfall ?	ja [ ]	nein [ ]
Hoher Blutdruck	ja [ ]	nein [ ]
Niedriger Blutdruck	ja [ ]	nein [ ]
Schilddrüsenerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Ohnmachtsneigung	ja [ ]	nein [ ]
Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Mittel? (z.B. Marcumar, ASS)	ja [ ]	nein [ ]
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Leiden Sie an Osteoporose ?	ja [ ]	nein [ ]
Rheuma / Rheumatisches Fieber	ja [ ]	nein [ ]
Leiden oder litten Sie an einer Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose, Infekt durch Krankenhauskeime)	ja [ ]	nein [ ]
Wenn ja, an welcher ?		

---

Magen- / Darmerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Lebererkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Nierenerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Lungenerkrankung / Asthma	ja [ ]	nein [ ]
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung	ja [ ]	nein [ ]
Haben Sie eine neurologische Erkrankung (z. B. Epilepsie) ?	ja [ ]	nein [ ]
Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen ?	ja [ ]	nein [ ]
Wenn ja, welche ?		

---

Leiden Sie an Allergien (z.B. gegen Jod, Latex, Penicillin) ?	ja [ ]	nein [ ]
Wenn ja an welchen ?		

---

Haben Sie einen Allergie-Pass ?	ja [ ]	nein [ ]
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?	ja [ ]	nein [ ]
Wenn ja, welche?		

---

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich ?	ja [ ]	nein [ ]
Wenn ja, bei welchen ?		

### !!! WICHTIG !!!

#### Haben oder hatten Sie eines der folgenden Medikamente schon einmal verabreicht bekommen ?

(sog. Medikamentengruppe der **5-Bisphosphonate** im Zusammenhang mit Osteoporose-Erkrankung)

Zoledronat (ZOMETA®, ACLASTA®)	ja [ ]	nein [ ]	Etidronat (DIDRONEL®)	ja [ ]	nein [ ]
Clodronat (OSTAC®, BONEFOS®)	ja [ ]	nein [ ]	Ibandronat (BONVIA®)	ja [ ]	nein [ ]
Alendronat (FOSAMAX®)	ja [ ]	nein [ ]	Denusomab (PROLIA®)	ja [ ]	nein [ ]
Risedronat (ACTONELL®)	ja [ ]	nein [ ]	Sunitinib (SUTENT®)	ja [ ]	nein [ ]
Pamidronat (AREDIA®)	ja [ ]	nein [ ]	Bevacizumab (AVASTIN®)	ja [ ]	nein [ ]

Sind Sie Raucher ? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich ?



---

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger ? ja [ ] nein [ ]

Sind Sie in den letzten Jahren operiert worden ? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, wann und was wurde operiert ?

---

Sind in diesem Zusammenhang Komplikationen aufgetreten ? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welcher Art ?

---

Haben oder hatten Sie Verletzungen im Kiefer- / Gesichtsbereich ? ja [ ] nein [ ]

Haben Sie Betäubungsspritzen beim Zahnarzt bisher gut vertragen ? ja [ ] nein [ ]

Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf ? ja [ ] nein [ ]

Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem  
Allgemeinleiden durchgeführt worden ? ja [ ] nein [ ]

Wann und wenn ja, in welchem Körperbereich sind Sie zuletzt geröntgt worden ?

---

Name und Anschrift des Hausarztes:

---

## Grund Ihres Besuches

Haben Sie im Moment Zahnschmerzen ? ja [ ] nein [ ]

Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk oder chronische  
Kopfschmerzen ? ja [ ] nein [ ]

Haben Sie lockere Zähne ? ja [ ] nein [ ]

Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen ? ja [ ] nein [ ]

Knirschen Sie ? ja [ ] nein [ ]

Leiden Sie an Mundgeruch ? ja [ ] nein [ ]

Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz ? ja [ ] nein [ ]

Alter des Zahnersatzes ?

---

## Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen ?

---

Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen ? ja [ ] nein [ ]

oder eine starke Schmerzempfindlichkeit ? ja [ ] nein [ ]

Leiden Sie unter starkem Würgereiz ? ja [ ] nein [ ]

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst ?

---

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen ?

---

## Beratungswunsch

Professionelle Zahnreinigung ja [ ] nein [ ]

Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln ja [ ] nein [ ]

Zahnfarbene Keramikfüllungen ja [ ] nein [ ]

Amalgamsanierung / Quecksilberausleitung ja [ ] nein [ ]

Sonstiges \_\_\_\_\_



# Wichtige Hinweise !

Um einer Behandlung zustimmen zu können, ist Ihre Kenntnis, welche Maßnahmen geplant sind und mit welchen möglichen Komplikationen zu rechnen ist, erforderlich. Die folgenden Hinweise sollen Ihnen die möglichen, allgemeinen Komplikationen aufzeigen. Bitte zögern Sie in diesem Zusammenhang nicht, Fragen zu stellen und all das mitzuteilen, was Ihnen wichtig erscheint. Insbesondere auch dann, wenn sich im Verlauf Veränderungen ergeben haben.

Auch unter Wahrung größter Sorgfalt sind in einzelnen Fällen Komplikationen während oder auch nach einem Eingriff nicht auszuschließen. Diese könnten unter Umständen einer sofortigen Behandlung bedürfen und in seltenen Situationen auch lebensbedrohlich sein. Aufzuführen sind:

- **Verletzungen** an Haut / Schleimhaut, Zunge, seltener Knochengewebe.  
Diese heilen in der Regel von selbst aus.
- **Unverträglichkeitsreaktionen**, z. B. auf Medikamente, wie Betäubungsmittel, Desinfektionsmittel o.ä.  
Diese äussern sich als Hautrötung mit Quaddelbildung und Juckreiz. Äusserst selten sind ausgeprägtere, allergische Reaktionen bis hin zum schweren Kreislaufkollaps im ungünstigsten Fall. Hier würde eine intensivmedizinische Versorgung umgehend erforderlich sein.
- **Blutungen und Nachblutungen** bedürfen in der Regel – wenn überhaupt – keiner größeren Behandlung.  
Liegen Blutgerinnungsstörungen vor oder wurden gerinnungshemmende Medikamente eingenommen, kann eine entsprechende Nachbehandlung notwendig sein. Geben Sie uns daher bitte eventuelle Besonderheiten vorher an.
- **Verschlucken oder Einatmen von Fremdkörpern** (z. B. Zahn oder dessen Fragmente, Füllungspartikel, Instrumente etc.): Sollte es zum Verschlucken eines Fremdkörpers kommen, ist zumeist eine Überwachung ausreichend. Beim Einatmen (Fremdkörperaspiration) muß durch einen Facharzt – in der Regel mit Hilfe eines Bronchoskopes – der Fremdkörper entfernt werden.
- **Infektionen:** Durch Verletzungen oder OP-Wunden eingetretene Mikroorganismen in Haut, Schleimhaut und Knochengewebe können einen Wundinfekt zur Folge haben, welcher die Wundheilung beeinträchtigt und zu einem erhöhten Wundschmerz führen kann. Neben lokaler Wundpflegemaßnahmen kann die Gabe von Antibiotika erforderlich sein. Antibiotika können als Nebenwirkung die Wirksamkeit von oralen Verhütungsmitteln (Pille) beeinträchtigen oder gar aufheben !
- **Nervenschädigung:** Äusserst selten durch Einspritzen von Betäubungsmittel oder direkte Verletzung im Rahmen operativer Maßnahmen. Es kann hierdurch zu einer länger anhaltenden Taubheit in Zunge und den Lippen kommen, welche in der Regel wieder abklingt. In seltenen Fällen kann diese Gefühllosigkeit auch auf Dauer bestehen bleiben mit der z. B. eventuellen Folge eines unkontrollierten Speichelaustrittes.

Für den Fall erforderlicher, besonderer Eingriffe oder Operationen werden Sie über weitergehende, spezielle Risiken und Komplikationen gesondert aufgeklärt.

Wir möchten darauf aufmerksam machen, dass nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Kiefer- u. Gesichtsbereich Ihr Verhalten im Straßenverkehr und beim Bedienen von Maschinen beeinträchtigt sein kann.  
Ferner sollten Sie für die Dauer einer örtlichen Betäubung nicht essen, da Sie sich ggf. unbemerkt Bißverletzungen zufügen könnten.

Sollten unerwartet starke Schmerzzustände, stärkere Schwellungen, hohes Fieber oder Nachblutungen auftreten benachrichtigen Sie uns bitte umgehend, damit unter Umständen weitergehende Behandlungen erfolgen können.

## **WICHTIGER HINWEIS ZU IMPLANTAT-BEZOGENEN UNTERSUCHUNGEN / BEHANDLUNGEN:**

Implantologische Leistungen gehören gem. § 28 (2) Satz 9 SGB V nicht zum Leistungsumfang gesetzlicher Krankenversicherungen und stellen daher in der Regel Privatleistungen dar. Für weitere Informationen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Bitte bringen Sie Ihre Krankenversichertenkarte zu jedem Besuch in unserer Praxis mit !

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_