

Neue Patienten

Herzlich Willkommen!

Sie möchten einen Termin für eine Untersuchung oder Beratung?
Das Team und die Zahnärzte Abdollahzadeh & Ghazaei freuen sich,
Sie als Patient begrüßen zu dürfen.

Sie erreichen uns telefonisch während unserer Sprechzeiten unter der
Telefonnummer: 06861-74211.

Sollten Sie uns telefonisch nicht erreichen, können Sie uns per Email kontaktieren.
Bitte planen Sie für die eingehende Untersuchung und das anschließende
Gespräch ca. 30 Minuten ein.

Um das erste Kennenlernen zu erleichtern, möchten wir Sie bitten, folgende
Unterlagen sofern vorhanden mitzubringen.

Ihre Checkliste für Ihren Besuch bei uns:

- Ihre Versichertenkarte
- Ihr Bonusheft
- Ihren Allergiepass
- Ihren Röntgenpass
- Ihre Medikamentenliste
- Den ausgefüllten Anamnesebogen
- Den ausgefüllten Angstfragebogen
- Eventuell vorhandene Röntgenbilder

Ihr Praxisteam

Abdollahzadeh & Ghazaei
Josefstraße 83
66663 Merzig

Anamnesebogen

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.

Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen?

Patient:

Name

Geburtsdatum

Vorname

Telefonnummer

Herz/Kreislauf:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="radio"/> Herzfehler | <input type="radio"/> Angina pectoris | <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Herzmuskelentzündung |
| <input type="radio"/> Herzklappenentzündung | <input type="radio"/> Künstliche Herzklappe | <input type="radio"/> Herzschrittmacher | <input type="radio"/> Hoher Blutdruck |
| <input type="radio"/> Niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> Rhythmusstörungen | <input type="radio"/> Herzschwäche | |

oder

Atemwege/Lunge:

- | | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Lungenentzündung | <input type="radio"/> Tuberkulose | <input type="radio"/> Chronische Bronchitis |
| <input type="radio"/> Lungenblähung | <input type="radio"/> Schlafapnoe | <input type="radio"/> Schnarchen Sie? | |

oder

Gefäße:

- | | | | |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Durchblutungsstörungen | <input type="radio"/> Krampfadern | <input type="radio"/> Thrombosen |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------------------|

oder

Leber:

- | | | | |
|---------------------------------|---|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Gelbsucht | <input type="radio"/> Leberverhärtung | <input type="radio"/> Fettleber | <input type="radio"/> Gallensteine |
| <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C | | |

oder

Nieren:

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Dialysepflichtigkeit | <input type="radio"/> Nierenentzündung | <input type="radio"/> Nierensteine |
|--|--|------------------------------------|

oder

Magen, Darm:

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Geschwür | <input type="radio"/> Engstelle | <input type="radio"/> Verdauungsstörungen | <input type="radio"/> Sodbrennen |
| <input type="radio"/> Refluxkrankheit | | | |

oder

Stoffwechsel:

- | | | | |
|--|---|--|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> Diabetes mellitus Typ I | <input type="radio"/> Diabetes mellitus Typ II | <input type="radio"/> Kropf |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="radio"/> Schilddrüsenunterfunktion | | |

oder

Skelettsystem:

- | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Gelenkerkrankungen | <input type="radio"/> Rückenbeschwerden | <input type="radio"/> Muskelschwäche | <input type="radio"/> Muskelerkrankungen |
| <input type="radio"/> Fibromyalgie | <input type="radio"/> Bandscheibenbeschwerden | | |

oder

Nerven/Gemüt:

- | | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Krampfanfälle (Epilepsie) | <input type="radio"/> Lähmungen | <input type="radio"/> Depressionen | <input type="radio"/> Angstzustände |
|---|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|

oder

Augen:

- Grüner Star Grauer Star Blindheit Starke Einschränkung der Sehkraft

oder

Blut:

- Gerinnungsstörungen auch bei Blutsverwandten häufiges Nasenbluten Nachbluten nach OP
 blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung

oder

Allergie oder/und Überempfindlichkeit gegen:

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

oder

Sind Sie schwanger?

Welche Schwangerschaftswoche?

.....

Immunschwäche:

- Einnahme von Cortison AIDS Zustand nach Organtransplantation

oder

Knochen:

- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zur Zeit mit Bisphosphonaten behandelt? Wegen welcher Erkrankung?

.....
Wann? Mit welchem Präparat?

.....

- Andere Erkrankungen oder Behinderungen?**

.....

- Rauchen Sie?**

Wie viel durchschnittlich?

.....

Trinken Sie Alkohol?

- Gelegentlich Regelmäßig, wie viel?

.....

Gerinnungshemmende Medikamente: Dauerhaft oder in den letzten Tagen zum Beispiel:

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

oder

Regelmäßige Medikamente:

- Blutdruckmedikamente Herzmedikamente Schmerzmittel „Antibabypille“
 Psychopharmaka Antidiabetika

oder

Mein Hausarzt ist:

Name Straße Ort
Telefon Fax E-Mail

Außerdem bin ich beim Facharzt für in Behandlung:

Name Straße Ort
Telefon Fax E-Mail

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

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, 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 Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskelinfolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch 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 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 nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.
- Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- Ich möchte nach dem Eingriff individuell entscheiden, ob ich eine Behandlung zur schnelleren Aufhebung des Taubheitsgefühls nach der örtlichen Betäubung erhalte, wenn die zahnmedizinische Maßnahme dies zulässt und eine Risikoauflärung durch den Zahnarzt erfolgt ist.

Vom Arzt ausfüllen / Insbesondere wurden folgende Punkte besprochen:

Datum Unterschrift

Angstfragebogen

Da wir auf die Behandlung von Patienten mit Zahnarztangst spezialisiert sind, nehmen wir die Bedenken von sensiblen und *ängstlichen* Patienten sehr ernst. Offenheit und Vertrauen sind dabei die idealen Voraussetzungen, damit wir Sie bestmöglich behandeln können. Daher bitten wir Sie, vor der Behandlung diesen Angstfragebogen mithilfe der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten auszufüllen.

Bei einem ersten gemeinsamen Gespräch werden wir das Ergebnis des Fragebogens auswerten.

Herzlichen Dank!

Patient: Name Vorname

- 1) Wie fühlen Sie sich bei dem Gedanken, Sie müssten morgen zum Zahnarzt?
 entspannt unruhig angespannt ängstlich krank vor Angst
- 2) Sie sitzen im Wartezimmer und warten darauf, aufgerufen zu werden. Wie fühlen Sie sich?
 entspannt unruhig angespannt ängstlich krank vor Angst
- 3) Stellen Sie sich vor, Sie betreten das Behandlungszimmer und riechen den typischen Geruch.
 entspannt unruhig angespannt ängstlich krank vor Angst
- 4) Sie liegen auf dem Behandlungsstuhl und der Zahnarzt betritt das Zimmer.
 entspannt unruhig angespannt ängstlich krank vor Angst
- 5) Zusammen schauen Sie sich die Röntgenaufnahme an und besprechen, was zu tun ist.
 entspannt unruhig angespannt ängstlich krank vor Angst
- 6) Wie fühlen Sie sich, wenn man Ihnen erklärt, dass jetzt gleich Zahnstein entfernt wird?
 entspannt unruhig angespannt ängstlich krank vor Angst
- 7) Der Zahnarzt erklärt Ihnen, dass Sie eine Karies haben, und dass er diese jetzt behandeln will.
 entspannt unruhig angespannt ängstlich krank vor Angst
- 8) Er verändert die Stellung des Stuhls und bereitet eine Spritze vor.
 entspannt unruhig angespannt ängstlich krank vor Angst
- 9) Stellen Sie sich vor, Sie hören das typische Geräusch des Bohrers, wie fühlen Sie sich?
 entspannt unruhig angespannt ängstlich krank vor Angst
- 10) Der Zahnarzt erklärt Ihnen, dass die Karies zu tief ist und der Zahn entfernt werden muss
 entspannt unruhig angespannt ängstlich krank vor Angst
- 11) Ein Weisheitszahn soll bei Ihnen entfernt werden, die Spritze wurde bereits gesetzt.
Der Zahnarzt nimmt das Skalpell auf.
 entspannt unruhig angespannt ängstlich krank vor Angst

Auswertung (wird von der Praxis ausgefüllt):

| | | | |
|-----------------|----------|-------|-------------------|
| entspannt | 1 Punkt | | |
| unruhig | 2 Punkte | | |
| angespannt | 3 Punkte | | Punktzahl: |
| ängstlich | 4 Punkte | | |
| krank vor Angst | 5 Punkte | | Ihre Angst: |