

# ANMELDUNG - ANAMNESEBOGEN



Liebe Patientin, lieber Patient,  
Herzlich willkommen in unserer Praxis.  
Bitte nehmen Sie sich für Ihre Gesundheit einen Moment Zeit und beantworten Sie uns einige Fragen. Zur Gewährleistung einer individuellen und risikofreien Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren Gesundheitszustand.

! Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 StGb und den Datenschutzbestimmungen und werden von uns selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

## Patient/-in

Herr/Frau/Kind

|                    |                   |               |
|--------------------|-------------------|---------------|
| Name:              | Vorname:          | Geburtsdatum: |
| Straße/Hausnummer: | Postleitzahl/Ort: | Beruf:        |
| E-Mail:            | Telefon:          | Mobil:        |

## Mitglied/

### Zahlungspflichtige/-r

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)

|                    |                   |               |
|--------------------|-------------------|---------------|
| Name:              | Vorname:          | Geburtsdatum: |
| Straße/Hausnummer: | Postleitzahl/Ort: |               |
| E-Mail:            | Telefon:          | Mobil:        |

## Kostenträger

(Krankenkasse oder Versicherung)

Name:

|   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert            | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert                            | <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt                             |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert        | <input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif-Versicherte(r)                    | <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert                        |
| <input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif-Versicherte(r) | <input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |
| <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert             |   |   |

## Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?      ja      nein

**Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.**

Haben Sie ein Bonusheft?      ja      nein      Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert?      ja      nein

Möchten Sie regelmäßig an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden?

per Telefon      Postkarte      E-Mail      SMS

Möchten Sie regelmäßig an Ihren Termin zur professionellen Zahnreinigung erinnert werden?

per Telefon      Postkarte      E-Mail      SMS

Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatusses mit!

1. a) Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

|                          | JA | NEIN |                                 | JA | NEIN |  | JA | NEIN |
|--------------------------|----|------|---------------------------------|----|------|--|----|------|
| Asthma (schwere Atemnot) |    |      | Bluterkrankungen                |    |      | Schilddrüsenerkrankungen                                 |    |      |
| Zuckerkrankheit          |    |      | Blutgerinnungsstörungen         |    |      | Nierenfunktionsstörungen                                 |    |      |
| Rheuma                   |    |      | Krankenhaushauskeim (z.B. MRSA) |    |      | Creutzfeld-Jakob   |    |      |
| Osteoporose              |    |      | Leberkrankheiten                |    |      | Tumor/Karzinom/Krebs                                     |    |      |
| TBC                      |    |      | Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)     |    |      | Nehmen/nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate? |    |      |
| HIV-Infektion            |    |      | Anfallsleiden (Epilepsie)       |    |      |  |    |      |

Ihr Hausarzt:

Name, Anschrift und Telefon

b) Bestehen Allergien? ja nein wenn ja, welche?

Haben Sie einen Allergie-Pass? ja nein

c) Herzinfarkt ja nein Schlaganfall ja nein

Nehmen Sie Marcumar? ja nein Lähmungen ja nein

d) Blutdruck niedrig normal hoch ggf. Werte

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein ggf. welche?

4. Rauchen Sie? ja nein

5. Bestehen Suchtkrankheiten? ja nein ggf. welche?

6. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss ggf. wievielte Woche

7. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? ja nein Unfalldatum

Art der Verletzung

8. Sonstige Angaben/andere Krankheiten

9. Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein

Wünschen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? (Datum/Körperteil)

10. Sind Sie derzeit nachweislich mit dem Corona-Virus infiziert? ja nein

Waren Sie innerhalb der letzten 4 Wochen in einem betroffenen Corona-Gebiet? ja nein

Zeigen Sie derzeit grippeähnliche Symptome wie Halsschmerzen, trockenen Husten oder Fieber? ja nein

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu.**

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r

## Verhalten nach Zahntfernung und anderen operativen Eingriffen in der Mundhöhle

**Sie haben sich einem chirurgischen Eingriff unterzogen. Um Risiken so gering wie möglich zu halten, bitten wir Sie, folgende Ratschläge aufmerksam zu lesen und zu befolgen:**

1. Führen Sie mindestens 3 Stunden kein Fahrzeug!
2. Beißen Sie ca. 30 Minuten fest auf den eingelegten Tupfer um Nachblutungen zu vermeiden und entfernen Sie ihn nach dieser Zeit.
3. Beißen Sie bei späteren kleineren Nachblutungen ca. 30-60 Minuten auf ein frisches Stofftaschentuch und lagern Sie den Kopf hoch. Bei stärkerer Nachblutung, Fieber, Schwellung oder wenn etwas anderes Sie während des Heilungsverlaufs beunruhigt, wenden Sie sich bitte wieder an uns.
4. Essen Sie erst nach dem Abklingen der Spritzenwirkung. In den ersten Tagen sollten Sie nur weiche Kost (nichts Heißes) zu sich nehmen.
5. Rauchen Sie bitte über 24 Stunden nicht! Meiden Sie unbedingt auch Alkohol, Kaffee, schwarzen Tee am ersten und am zweiten Tag wegen der Gefahr einer Nachblutung und Wundheilungsstörung. Wegen Wundinfektionen verzichten Sie am Besten sogar über 7 Tage auf Alkohol, Zigaretten, Kaffee und schwarzen Tee.
6. Benutzen Sie am Tag der Operation keine Mundspülungen (Nachblutungsgefahr). Für die schnelle Regeneration und zum Schutz vor Entzündungen ist es jedoch notwendig, die Plaque nach chirurgischen Eingriffen, spätestens nach ein bis zwei Tagen, regelmäßig und gründlich zu entfernen. Wichtig ist es, dass die Plaque-Entfernung zu diesem Zeitpunkt sehr schonend erfolgt. Es sollte eine sehr schonende und dennoch gründliche Reinigung der Zähne mit einem kleinen Bürstenkopf durchgeführt werden, damit alle Zahnflächen optimal erreicht werden. Die Verwendung einer Zahnpasta mit der entzündungshemmenden Wirkstoffkombination wie Aminfluorid/Zinnfluorid ist zu empfehlen. Bitte 2x täglich nach dem Zähneputzen zur deutlichen Keimzahlreduktion in der Mundhöhle mit 10 ml Chlorhexidin 0,2 % spülen. Kurzzeitige Anwendung: maximal 14 Tage (sofern nicht anders vom Arzt verordnet).
7. Verzichten Sie für 2-3 Tage auf körperliche Anstrengungen und sprechen Sie wenig.
8. Legen Sie sich flach und lagern Sie nachts den Kopf für 2-3 Tage hoch.
9. Kühlen Sie das Operationsgebiet am Tag der Operation und an den beiden darauffolgenden Tagen von außen, wenn möglich auch während der Nacht (am besten mit einem nasskalten Waschlappen). Vermeiden Sie Wärme, z.B. in Form von direkter Sonneneinstrahlung, während der ersten beiden Tagen.
10. Essen Sie keine Milchprodukte (Joghurt,...) für ca. 1 Woche, außer die Milch ist abgekocht (Pudding, Kartoffelbrei,...)
11. Bei Operationen mit Beteiligung der Kieferhöhle bitte nicht die Nase schnäuzen. Sollten Sie husten oder niesen müssen, bitte mit geöffnetem Mund durchführen.
12. Nehmen Sie bei Bedarf das eventuell verschriebene Schmerzmittel. Schwellung und Wundschmerz nach dem Eingriff sind normal und so lange unbedenklich, wie kein hohes Fieber (über 38,5° C) oder Schluckbeschwerden auftreten. Bei ungewohnt heftigen Schmerzen, die auch nach 1-2 Tagen auftreten können, sollten Sie zur Kontrolle und Nachbehandlung zu uns kommen.
13. Die Fäden werden meist nach 8 Tagen entfernt, sofern nicht ausdrücklich ein anderer Termin vereinbart wurde.
14. Falls nach dem Eingriff eine Verbandsplatte eingesetzt wurde, reinigen Sie diese bitte ab dem 1. Tag nach jeder Nahrungsaufnahme.
15. Bitte halten Sie den Wiedervorstellungstermin zur Kontrolle der Wundverhältnisse unbedingt ein!

*Wir wünschen Ihnen gute Besserung.*



## Verhalten nach Implantation oder Augmentation im Mund- und Kieferbereich

Am Operationstag und zwei Tage danach nicht rauchen und keinen übermäßigen Alkoholgenuss. Keine körperliche Anstrengung. Essen und Trinken erst nach Abklingen der örtlichen Betäubung. Nur flüssige und weiche Kost zu sich nehmen, auf Milch- und Mehlspeisen möglichst verzichten.

Besser:

Gemüse kochen, z.B. mit gekochten Kartoffeln pürieren.  
Mit Butter Sahne verfeinern und Salz abschmecken.  
Gemüsebrühe, Kräutertees lauwarm und Wasser trinken.

Durch peinlichst genau Mundhygiene die anderen Zähne oder Kieferbereiche pflegen.

Nicht im Bereich des Implantates kauen.  
Den Mund im Bereich der Wunde ohne Druck nur spülen. In der Zeit der Einheilung keine manuelle oder elektrische Zahnbürste im Bereich der Wunde verwenden. Nach dem Essen kurz mit lauwarmem Wasser umspülen.

Weder den Implantatbereich mit den Fingern berühren noch mit der Zunge an den Nähten spielen.

Bei eventuellen Nachblutungen kurzfristig auf ein sauberes Stofftaschentuch oder eine Mullbinde beißen.

Sollte die Blutung nach einer halben Stunde nicht zum Stillstand gekommen sein,  
in der Praxis anrufen oder den zahnärztlichen Notdienst aufsuchen.

### **Nach dem Fädenziehen:**

Die Wunde spülen und mit einer weichen Zahnbürste vorsichtig pflegen. Je besser die Wunde verheilt ist, desto stärker und intensiver kann die Massage durch die Zahnbürste im Bereich des Operationsgebietes sein.

Bei Schmerzen oder ungewöhnlichen Erscheinungen, wie Zahnfleischbluten, Reizzustände, und Schwellungen, bitte die Praxis aufsuchen.

Falls Sie nicht genau wissen, wie die Zahnpflege zu erfolgen hat, fragen Sie uns bitte.

Auch nach der Versorgung mit Zahnersatz müssen Implantate peinlich genau gepflegt werden.

Eine regelmäßige professionelle Zahnreinigung spätestens nach 6 Monaten ist für den Erhalt der Implantate unbedingt erforderlich.

Eine Kontrolle durch Herrn Maroofi findet in dem Zusammenhang immer parallel statt.

Ggf. ist ein Kontroll-Röntgenbild erforderlich.

*Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zu Verfügung.*