



# ZAHNARZTPRAXIS Dr. med. dent. Wolfram Kuiff und Kollegen

Ästhetik - Prophylaxe - Implantologie

Qualitätsmanagement zertifiziert nach ISO 9001:2008

Dr. Wolfram Kuiff - Verlautenheidener Str. 104 - 52080 Aachen

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

**Alle Informationen sind auf freiwilliger Basis und dienen ausschließlich dem Zweck der zahnmedizinischen Behandlung.**

Beachten Sie bitte auch unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

### Patient

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße / Hausnr.

Postleitzahl / Ort

Telefon / Handy-Nummer

Krankenkasse

### Versicherter

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße / Hausnr.

Postleitzahl / Ort

Telefon / Handy-Nummer

### Röntgen

Sind Sie schon einmal im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden ?

ja  nein

Wenn ja, wann ?

Besitzen Sie einen Röntgenpass ?

ja  nein

Wenn nein, wünschen Sie ggf. die Ausstellung eines Röntgenpasses ?

ja  nein

### Für Patientinnen

Sind Sie Schwanger ?

ja  nein

Wenn ja, in welchem Monat ?

Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.

## Allgemeinmedizinische Auskünfte

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ?  ja  nein

Wenn ja, welche ?

**Vertragen** Sie bestimmte Medikamente **nicht** ?  ja  nein

Wenn ja, welche ?

Nehmen Sie **blutverdünnende** (gerinnungshemmende) Medikamente ?  ja  nein

Wenn ja, welche ?

Besitzen Sie einen Allergiepass ?  ja  nein

Wenn ja, welche Stoffe sind dort genannt ?

**Leiden oder litt** Sie unter einer der folgenden Erkrankungen :

**Herzerkrankungen** (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche)  ja  nein

Wenn ja, welche ?

Haben Sie einen **Herzschrittmacher** ?  ja  nein

Haben Sie eine **künstliche Herzklappe** ?  ja  nein

**Kreislauferkrankungen** (z.B. hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall)  ja  nein

Wenn ja welche ?

**Stoffwechselstörungen** (z.B. Diabetes, Schilddrüsenkrankung)  ja  nein

Wenn ja welche ?

**Allergien / Atemwegserkrankungen** (z.B. Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma)  ja  nein

Wenn ja welche ?

**Gehirn- und Nervenerkrankungen** (z.B. Anfallsleiden, Migräne, Depression)  ja  nein

Wenn ja, welche ?

**Erkrankung des Bewegungsapparates** (z.B. Rheuma, Gicht)  ja  nein

Wenn ja, welche ?

**Nieren- / Blasen- / Leber- / Magen- / Darmerkrankung** (z.B. Niereninsuffizienz, Gelbsucht)  ja  nein

Wenn ja, welche ?

**Erkrankung des blutbildenden Systems** (z.B. Blutarmut, Bluter)  ja  nein

Wenn ja welche ?

**Erkrankung der Augen** (z.B. grauer Star, grüner Star)  ja  nein

Wenn ja welche ?

Leiden oder litt Sie an **Infektionskrankheiten** (z.B. HIV (Aids), Hepatitis, Tuberkulose)

Wenn ja welche ?

Sonstige Infektionskrankheiten ?

Nehmen Sie regelmäßig **Drogen** zu sich ?  ja  nein

Wenn ja, welche ?

## Zahnmedizinische Auskünfte

Waren oder sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung ?  ja  nein

Seit wann ?

Bei welchem Kieferorthopäden

Rauchen Sie ?  ja  nein

Haben Sie schlechten Atem ?  ja  nein

Haben Sie eine Veränderung der Zahnfarbe bemerkt ?  ja  nein

Wurde bei Ihnen bereits eine Zahnreinigung durchgeführt ?  ja  nein

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf ?  ja  nein

Wenn ja welche ?

Treten bei Ihnen Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk auf ?  ja  nein

### Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert mit.

**Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und / oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.**

### Hinweis zur Terminvergabe

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihnen anderenfalls gegebenenfalls ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen müssen.

### Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert, sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben wir Ihnen ausgehändigt. Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information durch Ihre Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

## Aufklärung über zahnärztliche Lokalanästhesie

Patientendaten:

Name.....Vorname/n.....geb.....

Straße, Nr.....PLZ, Wohnort.....

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 Kaumuskel infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch Infektionen, kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt bei entsprechenden Beschwerden 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 Zungen- oder Unterkieferhälfte sowie die 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 bitte umgehend 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 die lokale 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.

Ort, Datum.....Unterschrift Patient.....

(ggf. gesetzlicher Vertreter)

# Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten  
gemäß Artikel 6, Absatz 1 B a & Artikel 7, DSGVO

## Halbjährlicher Erinnerungsservice (Recall) Kurzfristige Terminerinnerung (Telefonisch oder per SMS)

Sehr geehrte[r] Patient(in), sehr geehrte[r] gesetzliche[r] Patientenvertreter[in],  
sofern Sie eine Teilnahme am Terminerinnerungsservice unserer Praxis  
Dr. Wolfram Kuiff, Verlautenheidener Str. 104, 52080 Aachen für sich / für den  
von Ihnen vertretenen Patienten wünschen, benötigen wir zur diesbezüglichen  
Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten / der personenbezo-  
genen Daten des von Ihnen zu vertretenden Patienten eine schriftliche  
Einwilligungserklärung von Ihnen.

---

Name, Vorname (Patient)

---

Name, Vorname (gesetzlicher Vertreter)

Ich willige in die Nutzung

- meiner personenbezogenen Daten  
 der personenbezogenen Daten des von mir zu vertretenden Patienten

zur Teilnahme am Terminerinnerungsservice ein.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit  
schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3,  
DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die  
Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten  
Verarbeitung nicht berührt (Art. 7, Abs. 3 Satz 2, DSGVO).

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient

---

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

# Einverständniserklärung zur Informationsweitergabe an den Folgebehandler

---

Name, Vorname

Geb.- Datum

Telefon

Ich erteile mein Einverständnis zu Informationsweitergabe an den Folgebehandler:

.....

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten, Befunde, Röntgenbilder und Arztbriefe zum aktuellen Behandlungsfall elektronisch übermittelt werden dürfen (z. B. per Fax oder als verschlüsselte E-Mail)

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

## **Merkblatt**

### -über das Verhalten nach einer Implantation, Transplantation, Reimplantation und Operation

1. Am Operationstag und zwei Tage danach nicht rauchen und keinen übermäßigen Alkoholgenuß.
2. Keine körperlichen Anstrengungen.
3. Essen und Trinken erst nach Abklingen der örtlichen Betäubung.
4. Nur flüssige und weiche Nahrung zu sich nehmen. Auf Milch- und Mehlspeisen möglichst verzichten.
5. Nicht im Bereich des operativen Eingriffs kauen.
6. Durch peinlichst genaue Mundhygiene die anderen Zähne oder Kieferbereiche pflegen.
7. Den Mund im Bereich der Wunde nur ausspülen. In der Zeit der Einheilung keine Munddusche oder elektrische Zahnbürste im Bereich der Wunde verwenden. Nach dem Essen kurz mit lauwarmen Wasser umspülen.
8. Weder den Wundbereich mit dem Finger berühren, noch mit der Zunge an den Fäden spielen.
9. Bei eventuellen Nachblutungen kurzfristig auf ein sauberes Taschentuch oder eine Mullbinde beißen. Sollte nach einer halben Stunde die Blutung noch nicht zum Stillstand gekommen sein, sofort den Zahnarzt anrufen.
10. Schwellungen im Bereich des Operationsgebietes, der Wange und des Kinns sind normal und werden nach wenigen Tagen abgeklungen sein. Eine Linderung erfolgt durch Kühlen von außen.

### -Verhalten nach dem Fädenziehen-

1. 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.
2. Bei Schmerzen oder ungewöhnlichen Erscheinungen, wie Zahnfleischbluten, Reizzustände und Schwellungen sofort den Zahnarzt aufsuchen.
3. Falls Sie nicht genau wissen wie die Zahnpflege zu erfolgen hat, den Zahnarzt oder seine Mitarbeiterinnen befragen.
4. Nach der eventuellen prothetischen Versorgung, die frühestens nach 3 Monaten begonnen wird, muss das Operationsgebiet peinlichst genau gepflegt werden.
5. Mindestens alle sechs Wochen erfolgt die Nachkontrolle bei Implantaten.
6. Sollten Sie darüber hinaus Fragen haben, wenden Sie sich an Ihren Zahnarzt oder seine Mitarbeiterinnen.

## Verhaltensempfehlungen

1. Das Führen eines Kraftfahrzeuges nach einem chirurgischen Eingriff kann aus ärztlicher Sicht nicht verantwortet werden.
2. Der auf die Wunde gelegte Aufbißstuffer ist nach ca. 2 Stunden zu entfernen.  
(Gilt nur bei Zahnentfernungen)
3. Solange die Betäubung wirkt, bitte nicht essen und nicht trinken.
4. Keine Mundspülungen in den ersten 12 Stunden, danach vorsichtig die Zähne putzen und spülen.
5. Feucht-kalte Umschläge (kein Eis direkt auf die Haut, Kühlelemente umwickeln) außen auf die Wange auflegen (keine Wärme!).  
Am besten verwenden Sie eine Waschlappen, der in Eiswasser getaucht wurde.  
Die Kühlung sollte am Operationstag und in der ersten Nacht möglichst ohne Unterbrechung erfolgen.
6. Die ersten Nächte mit leicht angehobenem Kopfteil und ohne Kopfkissen schlafen.  
(Wärmestau vermeiden!)
7. Falls Antibiotika verordnet wurde, sind diese regelmäßig nach Anweisung und ohne Unterbrechung für die verordnete Zeit einzunehmen. Andere Antibiotika, die nicht von uns verordnet wurden, sollten auf keinen Fall gleichzeitig eingenommen werden.
8. Bei Einnahme von Antibiotika kann die Wirksamkeit schwangerschaftsverhütender Medikamente (Pille) eingeschränkt sein.
9. Verordnete oder mitgegebene Schmerzmittel(in der Regel Ibuprofen 600mg) nehmen Sie bitte nur nach Bedarf und nicht mehr als 3 Stück pro Tag ein.
10. Eine leichte Schwellung und Wundschmerz treten nach jedem operativen Eingriff für mehrere Tage auf. Die Schwellung nimmt normalerweise während der ersten beiden Tage zu.
11. Nach größeren chirurgischen Eingriffen empfiehlt sich anfangs flüssige Kost (Tee, Brühe), später breiige Kost. Die erste Nahrungsaufnahme nach dem Eingriff sollte frühestens nach Abklingen der Betäubung erfolgen.
12. Auf Rauchen und Alkoholgenuss sollte für 3-4 Tage verzichtet werden.
13. Die Entfernung des Nahtmaterials erfolgt in der Regel 8-10 Tage nach dem Eingriff.  
Bitte vereinbaren Sie hierzu einen Termin mit unserer Rezeption.

Wir wünschen Ihnen eine gute Genesung und eine komplikationsfreie Heilung!