

## Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis!

Bevor wir uns aber in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte Seite 1 bis 3 vollständig ausfüllen. Vielen Dank.

Nachname, Vorname (Patient)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Telefon (privat / mobil)	Telefon (geschäftlich)
E-Mail	Beruf
Name der Krankenkasse	Zusatzversichert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich. Leiden oder litten Sie an einer o. mehrerer der folgenden Erkrankungen bzw. Gesundheitsstörungen?

## Wünschen Sie weitere Informationen

über Zuzahlungsleistungen / hochwertiges Versorgen  Ja  Nein

## Gesundheitszustand

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzklappenerkrankung oder -defekt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### Infektionserkrankungen:

HIV	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
andere:		

**Allergien / Unverträglichkeiten:**

Lokalanästhetika  Ja  Nein  
 Schmerzmittel  Ja  Nein  
 Antibiotika  Ja  Nein  
 andere: \_\_\_\_\_

**Weitere Erkrankungen:**

Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein  
 Asthma  Ja  Nein  
 Lungenerkrankung  Ja  Nein  
 Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein  
 Rheuma  Ja  Nein  
 Epilepsie  Ja  Nein  
 Diabetes  Ja  Nein  
 Nierenfunktionsstörungen  Ja  Nein  
 Ohnmachtsneigung  Ja  Nein  
 andere: \_\_\_\_\_

**Allgemeine Angaben:**

Raucher  Ja  Nein wenn ja,  bis 10  über 10 Zigaretten/Tag  
 Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein wenn ja, Name \_\_\_\_\_  
 seit wann \_\_\_\_\_  
 Frühere Röntgenuntersuchung  Ja  Nein wenn ja, wann \_\_\_\_\_  
 Körperteile \_\_\_\_\_  
 Schwangerschaft  Ja  Nein wenn ja, Monat \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere  
Praxis aufmerksam?

\_\_\_\_\_

Wünschen Sie eine Erinnerung  
an Ihre Vorsorgeuntersuchung?

Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter

**Verbindliche Verpflichtungserklärung:**

- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden laut § 615 (Vergütung bei Annahmeverzug und bei Betriebsrisiko).
- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter

## Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

### *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 Kaumuskel infolge 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.

### *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.

Die oben wiedergegebenen Aufklärungsinhalte wurden mir heute mündlich erläutert.  
Die Aufklärung habe ich verstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter