

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 Versicherung	Basistarif <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 |
| Herzerkrankung | <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.
- Es ist mir als Zahlungspflichtigem bekannt, dass für zahnärztliche Leistungen eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Die Liquidationserstellung (Berechnungsfähigkeit) und Liquidationserstattung (Erstattungsfähigkeit) sind zwei voneinander rechtlich getrennt zu sehende Vorgänge. Deshalb darf der Zahnarzt seine Liquidation nicht nach den Vorstellungen der kostenerstattenden Stellen ausfertigen. Der Zahnarzt hat keinen Einfluss auf die Erstattung der in der zahnärztlichen Liquidation aufgeführten Honorare und Gebührenpositionen durch Private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen.

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 (intraaligamentäre 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