



Persönliche Angaben

Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten sich einen Moment Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen.

Versicherter

Name, Vorname

geb.

Straße

PLZ

Ort

Telefon / Handynr.

Email

Beruf

Hauptversicherter, falls abweichend

Name, Vorname

geb.

Straße

PLZ

Ort

Versicherung

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Zusatzversicherung

Name Krankenkasse/ Versicherung:

Pflegegrad:

Erinnerungsservice / Recall

Brief

Email

nein

Halbjährliche automatische Erinnerung an Ihre Vorsorgeuntersuchung

Röntgen

Gibt es eine aktuelle Röntgenaufnahme?

ja

nein

Haben Sie einen Röntgenpaß?

ja

nein

Die Röntgenaufnahme im Kopfbereich sollte nicht älter als 12 Monate sein

Hausarzt

Implantat

Haben Sie einen Implantatpaß?

ja

nein

Wo wurden die Implantate gesetzt?

Bitte wenden!

Gesundheitsfragen

Herzerkrankung

Herzinfarkt ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Stents ja nein

Bluthochdruck ja nein

Niedriger Blutdruck ja nein

Künstl. Herzklappe ja nein

Herzfehler ja nein

Sonstiges: _____

Nierenerkrankung

Dialyse ja nein

Chron. Niereninsuffizienz ja nein

Sonstige Erkrankungen

Künstliche Gelenke _____

Krebsbehandlung ja nein

Schwangerschaft

ja Monat: _____ nein

Rauchen

ja Stück/Tag _____ nein

Unverträglichkeiten / Allergie

Lokalanästhesie Schmerzmittel Antibiotika

Metalle _____

Medikamente _____

sonstige _____

Atemwegserkrankung

Asthma ja nein

COPD ja nein

Schlafapnoe ja nein

Schnarchen ja nein

Infektionserkrankung

AIDS ja nein

HIV ja nein

TBC ja nein

Stoffwechselerkrankung

Osteoporose ja nein

Rheuma ja nein

Diabetes Typ _____

Medikamenteneinnahme

Blutverdünnende Medikamente:
(ASS, Marcumar, Xarelto, Plavix)

Pille ja nein

Bisphosphonate ja nein

Antidepressiva ja nein

Medikamentenplan ja nein

sonstige: _____

Lebererkrankung

Leberinsuffizienz ja nein

Hepatitis A B C

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener

Patientendaten gemäß Artt. 6, 7

Abs. 1 lit. a DSGVO

Recall-System

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service (zutreffendes bitte ankreuzen) teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis

zu.

SMS

E-Mail

Brief

Terminverschiebungen / Terminerinnerung

Sie werden von uns an wichtige Termine erinnert, oder über Terminverschiebungen informiert.

SMS

Nein

Auskunft von Ihrer Krankenkasse

Auskunft über meine gespeicherten Daten, gemäß Art. 15 der EU Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) durch meinen Zahnarzt

Vollständige Informationen:

– Stammdaten

– Leistungsdaten (Behandlungen, Verordnungen, zahnärztliche Leistungen, geplante zahnärztliche Behandlungen z.B. Zahnersatz, Parodontose Behandlung oder Schienentherapie)

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).

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ebenso verpflichte ich mich Termine einzuhalten und mind. 24 h im Voraus abzusagen. Ansonsten behalten wir uns vor, nicht eingehaltene Termine auch gesetzlich versicherte Patienten gemäß §615 BGB ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient (gesetzl. Vertreter)

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 Lokalanästhesierlösung 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 der Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

Einverständniserklärung zur Zahnärztlichen Lokalanästhesie

Vorname Name geb.

Datum: _____

Unterschrift: _____