

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer zahnärztlichen Behandlung ist es für uns wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Wir bitten Sie daher, untenstehende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen.

**Patient** Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

**Versicherungsnehmer** Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

**Anschrift** Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** \_\_\_\_\_ Tarifart: \_\_\_\_\_

Ich bestätige den Erhalt der Datenschutzerklärung: \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift

**Besteht eine Schwangerschaft?**  Nein  Ja (welcher Monat: \_\_\_\_\_)

### Leiden Sie derzeit an

#### Stoffwechselerkrankungen:

- Zuckerkrankheit (Diabetes)  Ja  Nein  
Magen-Darmerkrankungen  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankungen  Ja  Nein  
Hormonstörungen  Ja  Nein  
sonstige \_\_\_\_\_

#### Erkrankungen des Nervensystems:

- epileptiforme Anfälle/Krämpfe  Ja  Nein  
Neuralgien/Nervenschmerzen  Ja  Nein  
Lähmungserscheinungen  Ja  Nein  
sonstige \_\_\_\_\_

#### Bluterkrankungen:

- Blutungsneigung (Hämophilie)  Ja  Nein  
Blutarmut (Anämie)  Ja  Nein

#### Allergien:

- Ekzeme  Ja  Nein  
Asthma  Ja  Nein  
Penicillin-Überempfindlichkeit  Ja  Nein  
Allergiepass  Ja  Nein  
Überempfindlichkeit gegen \_\_\_\_\_

#### Gerinnungshemmende Medikamente

- Dauerhaft oder in den letzten Tagen (z.B.)  
 Aspirin®  ASS®  Marcumar®  Ticlopidin®  
 Clopidogrel®  Plavix®  Bisphosphonate  
oder \_\_\_\_\_

#### Infektionskrankheiten

- Hepatitis/Gelbsucht  A  B  C  
Tuberkulose  Ja  Nein  
HIV  Ja  Nein  
sonstige \_\_\_\_\_

#### Beschwerden im Kopfbereich:

- Kopf- oder Nackenschmerzen  Ja  Nein  
Ohrenschmerzen oder Hörminderung  Ja  Nein  
Knacken im Ohr beim Kauen oder Gähnen  Ja  Nein  
Tinnitus  Ja  Nein  
Schwindel  Ja  Nein  
Glaukom / Star  Ja  Nein  
Einschränkungen der Mundöffnung/Kieferklemme  Ja  Nein  
sonstige \_\_\_\_\_

#### Skelletale oder muskuläre Beschwerden

- Schmerzen an Wirbelsäule  Ja  Nein  
Rheumatische Beschwerden  Ja  Nein  
Fibromyalgie  Ja  Nein  
Operationen:  Ja  Nein  
sonstige \_\_\_\_\_

#### Regelmäßige Medikamente

- z.B. Blutdruck-/Herzmedikamente  Ja  Nein  
Schmerzmittel  Ja  Nein  
„Antibabypille“  Ja  Nein  
Psychopharmaka  Ja  Nein  
Antidiabetika  Ja  Nein  
Endokarditisprophylaxe  Ja  Nein  
welche \_\_\_\_\_

#### Herz/Kreislauf:

- Herzfehler  Angina pectoris  Herzinfarkt  
 Herzmuskelentzündung  Herzklappenentzündung  
 künstliche Herzklappe  Herzschrittmacher  
 hoher oder  niedriger Blutdruck  Schlaganfall  
 Rhythmusstörungen  
oder \_\_\_\_\_

## Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Unter der zahnärztlichen Lokalanästhesie versteht man die örtliche Betäubung im Zahn-, Mund-, Kiefer-, und Gesichtsbereich zur Ausschaltung der Schmerzempfindung. Notwendige Behandlungen, wie zum Beispiel Wurzelbehandlungen, Operationen, Füllungen oder Extraktionen, können dadurch in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden.

Um die betroffene Mundregion auszuschalten, wird die Lokalanästhesielösung im Oberkiefer möglichst dicht bei den Zähnen an den Nervenfasern appliziert. Im Unterkiefer wird zur Schmerzausschaltung der betreffenden Seite in einen Hauptast des Nervus trigeminus die Anästhesielösung plaziert.

Nebenwirkungen sowie Unverträglichkeit, sind bei diesem sicheren Verfahren zur Ausschaltung des Schmerzempfindens, bedingt durch die verwendeten Substanzen, nicht immer vermeidbar.

### In seltenen Fällen kann es zu folgenden Komplikationen kommen:

#### Hämatom (Bluterguss)

Durch die Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Infolge der Injektion in einen der Kau-muskeln, kann es bei Einblutungen zu Schmerzen, Behinderung der Mundöffnung und in ganz seltenen Fällen zu Infektionen kommen. Bitte informieren Sie uns rechtzeitig über Beschwerden dieser Art, damit wir eine geeignete Maßnahme ergreifen können.

#### Nervschädigung

In sehr seltenen Fällen kann bei der Anästhesie eines Nerven eine Irritation der Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind in sehr seltenen Fällen vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Diese könnten vor allem bei Injektionen im Unterkieferbereich eintreten, bei der die entsprechende Zungenhälfte, der Unterkiefer oder die Lippenregion betroffen ist. Bitte informieren Sie uns, falls das Taubheitsgefühl nicht nach spätestens 12 Stunden vollständig abgeklungen ist.

#### Verkehrstüchtigkeit

Bei einer örtlichen Betäubung und der nachfolgenden zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Bitte vermeiden Sie daher während dieser Zeit die aktive Teilnahme am Straßenverkehr.

#### Selbstverletzung

Während der Wirkung der örtlichen Betäubung verzichten Sie bitte auf die Nahrungsaufnahme. Aufgrund des fehlenden Gefühls in dieser Region kann es zu Bissverletzungen, Verbrennungen und Erfrierungen kommen.

### Unser Recall-System:

Haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch?  Ja  Nein

Sollten Sie dazu noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiter/innen. Wir antworten gerne.

Ich bin bereit, an dem Recall-Service per Telefon oder Brief teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich wurde darauf hingewiesen, 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).

### Bitte nennen Sie uns Ihren Behandlungswunsch:

**Kostenoptimierte Therapie:**

Ich möchte hochwertig aber möglichst kostengünstig behandelt werden und nehme bewusst in Kauf, dass ich auf einige moderne Behandlungsmethoden verzichten muss. Berücksichtigen Sie dies bei der Therapieplanung. Sollte ich einen Heil- und Kostenplan zur Abstimmung mit meinem Versicherer benötigen, weise ich Sie gesondert darauf hin.

**Aufhellung der Zähne / Bleaching**

Ich interessiere mich für das Aufhellen meiner Zähne. Bitte informieren Sie mich.

Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben: \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift

Empfohlen/überwiesen durch: \_\_\_\_\_

Letzte Röntgenuntersuchung: \_\_\_\_\_

**Vereinbarte Termine bitten wir mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir behalten uns vor, bei unentschuldigtem Nichterscheinen eine Ausfallgebühr, je nach geplanter Dauer von bis zu 300,- €, zu berechnen.**

Hinweis für Privatpatienten: Aufgrund interner Vertrags- und Versicherungsbestimmungen Ihrer privaten Krankenversicherung ist es möglich, dass die Rechnung nicht in vollem Umfang erstattet wird.