

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen auf der Vorder- und Rückseite
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht**

Patient/in _____
Vor- und Familienname _____ Geburtsdatum/-ort und -land _____ Beruf _____

Versicherte/r: _____
Vor- und Familienname _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Anschrift: _____
Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Telefon privat: _____ Handy: _____ Telefon geschäftlich: _____

E-Mail: _____

Überweiser/Empfehlung durch: _____

Krankenversicherung: gesetzliche Krankenkasse (GKV) gesetzliche Krankenkasse + Zusatzversicherung
 private Krankenkasse (PKV) PKV/Basistarif Rechnung doppelt ausstellen

Name der Krankenversicherung: _____

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen? Nein Ja Blutet Ihr Zahnfleisch? Nein Ja
 Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? Nein Ja Sind Ihre Zähne gelockert? Nein Ja
 Haben Sie Kiefergelenksschmerzen? Nein Ja Haben Sie Angst vor der Behandlung? Nein Ja
 Haben Sie herausnehmbaren Zahnersatz? Nein Ja Wurden Röntgenbilder erstellt? Nein Ja

Möchten Sie in regelmäßig an eine Kontrolluntersuchung (Recall) erinnert werden? Nein Ja

Möchten Sie Informationen über außervertragliche Leistungen, wie z. B. Implantate, Inlays? Nein Ja
 (Bleaching, professionelle Zahnreinigung, Narkose)

Medizinische Befunderhebung

Besteht, bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Allergie (welche) Nein Ja, welche? _____

Atemwegserkrankungen Nein Ja, welche? _____

Blutgerinnungsstörungen Nein Ja, welche? _____

Diabetes (welcher Typ) Nein Ja, welche? Typ I Typ II

Anfallsleiden (Epilepsie) Nein Ja _____

Schilddrüsenerkrankung Nein Ja Überfunktion Unterfunktion _____

Erhöhter Augendruck (Glaukom) Nein Ja _____

Bitte wenden ►

Herz-, Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler/-ersatz <input type="checkbox"/> Schlaganfall (Apoplex) <input type="checkbox"/> verminderter Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> Angina Pectoris <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck (Hypertonie)
Erkrankungen der blutbildenden Organe	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Immunmangel- Syndrom (AIDS) <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	
Magen, Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> chron. Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Dialyse
Rheumaerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	
Nehmen Sie zur Zeit, oder haben Sie irgendwann Bisphosphonate eingenommen? <small>(z. B. Didronel, Kit, Ostac, Bonefos, Skelid, Aredia, Fossamax, Actonel, Bondronat, Zometa)</small>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	Zigaretten pro Tag
	Wie lange?	_____	Anzahl der Jahre
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	Monat
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Welche? _____	
Hatten sie in der letzten Zeit Operationen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Welche? _____	
Befinden Sie sich z. Zt. in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	
	Name des Arztes:	_____	
	Tel. des Arztes:	_____	

Aufklärung über die 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 Hirnnerv) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (intra- oder extraligamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nerv (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar. Ferner kann es u. a. zu folgenden Komplikationen kommen:

- ▶ **Hämatom (Bluterguss)**
- ▶ **Nervschädigung**
- ▶ **Selbstverletzung**
- ▶ **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.

Zur Dokumentation möchten wir Sie für die digitale Patientenakte fotografieren. Das Bild wird unter Berücksichtigung der Datenschutzbestimmungen archiviert. Sind Sie damit einverstanden? Nein Ja

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Aufklärung gelesen und verstanden zu haben, sowie die Richtigkeit meiner Angaben. Dies verpflichtet nicht zur Behandlung unter Lokalanästhesie.

Oberaudorf, den _____ Datum

Unterschrift d. Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r