

**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 gesch.: _____

E-Mail: _____

Zweck: Terminerinnerung Rechnung Kostenvoranschläge

Überweiser / Empfehlung durch: _____

Krankenversicherung: gesetzliche Krankenkasse (GKV) gesetzliche Krankenkasse + Zusatzvers.
 private Krankenkasse (PKV) 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
Wünschen Sie einen Recall?	Nein	Ja, halbjährlich	Ja, jährlich		

Medizinische Befunderhebung

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

Allergien (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-, Kreislaufkrankungen	Nein	Ja	Herzinsuffizienz Herzinfarkt Herzklappenfehler /-ersatz Schlaganfall (Apoplex) verminderter Blutdruck (Hypotonie)	Angina Pectoris Herzrythmusstörungen erhöhter Blutdruck (Hypertonie) Durchblutungsstörungen
Erkrankungen der blutbildenen Organe	Nein	Ja	_____	
Infektionskrankheiten	Nein	Ja	TBC Hepatitis A	Immunmangel-Syndrom (AIDS) Hepatitis B Hepatitis C
Lebererkrankungen	Nein	Ja	_____	
Magen, Darmerkrankungen	Nein	Ja	_____	
Nierenerkrankungen	Nein	Ja	_____	
Rheumaerkrankungen	Nein	Ja	_____	
Tumorerkrankungen	Nein	Ja	_____	
Osteoporose	Nein	Ja	_____	
Sonstige Erkrankungen	Nein	Ja	_____	
Nehmen Sie zur Zeit, oder haben Sie irgendwann Bisphosphonate eingenommen? (z.B. Didronel, Kit, Ostac, Bonefos, Skelid, Aredia, Fossamax, Actonel, Bondronat, Zometa)	Nein	Ja	_____	
Rauchen Sie?	Nein	Ja	_____	Zigaretten pro Tag
	Wie lange?		_____	Anzahl der Jahre
Besteht eine Schwangerschaft?	Nein	Ja	_____	Monat
Nehmen Sie Medikamente ein?	Nein	Ja	Welche? _____	
Hatten Sie in der letzten Zeit Operationen?	Nein	Ja	Welche? _____	
Befinden Sie sich z.Zt. in ärztlicher Beh.?	Nein	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 (intragamentäre 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 Patientenkartei 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