

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und an Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient/ in _____
Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherte/r _____
Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____
Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ Telefon privat/ mobil _____

Arbeitgeber/ in _____
Firmenname/ ggf. Adresse _____ Beruf _____ Telefon geschäftlich _____

E-Mail _____ Fax privat _____

Überweiser/ Empfehlung durch _____

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

Name der Krankenversicherung: _____

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 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 u. a. zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatom (Bluterguss):

Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskeln 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 max. 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, Wange, 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 und meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Unterhaching, _____
Datum

Unterschrift v. Patient/ Erziehungsberechtigte/ r

Bitte wenden!!!



Bitte wenden!!!



Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

- Haben Sie akute 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 regelmäßig an eine Kontrolluntersuchung (Recall) erinnert werden? Nein / Ja
- Möchten Sie Informationen über außervertragliche Leistungen
(Implantate, Inlays, Bleaching, professionelle Zahnreinigung, Narkose)? Nein / Ja

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 Typ I Typ II
- Anfallsleiden (Epilepsie) Nein / Ja _____
- Schilddrüsenerkrankung Nein / Ja Überfunktion Unterfunktion Anderes
- Herz-, Kreislauferkrankungen Nein / Ja Herzinsuffizienz Herzinfarkt
 Angina Pectoris Herzrhythmusstörungen Herzklappenfehler/ -ersatz
 Durchblutungsstörungen Schlaganfall (Apoplex)
 erhöhter Blutdruck (Hypertonie) verminderter Blutdruck (Hypotonie)
- Erkrankungen der blutbildenden Organe
(hämatologische Erkrankungen) Nein / Ja _____
- Infektionskrankheiten Nein / Ja TBC Immunmangel-Syndrom (AIDS)
 Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C
- Lebererkrankungen Nein / Ja _____
- Magen-, Darmerkrankungen Nein / Ja _____
- Nierenerkrankungen Nein / Ja chron. Niereninsuffizienz Dialyse
- Rheumaerkrankungen Nein / Ja _____
- Tumorerkrankungen Nein / Ja _____
- Osteoporose Nein / Ja _____
- Sonstige Erkrankungen Nein / Ja _____
- Nehmen Sie Bisphosphonate ein? Nein / Ja _____
(z. B. Didronel-Kit, Ostac, Bonfos, Skelid, Aredia, Fosamax, Actonel, Bondronat, Zometa)
- Rauchen Sie? Nein / Ja _____ Zigaretten pro Tag
- Besteht eine Schwangerschaft? Nein / Ja _____ Monat
- Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____
- Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung? Nein / Ja

Name/ Telefon des Arztes _____

Hinweis: Sie haben das Recht, laut Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung, Ihr Einverständnis jederzeit zu widerrufen!

Unterhaching, den _____
Datum

Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter

Patienteneinwilligung zum Datenschutz

Anmeldung

Patient/ in:		
Name	Vorname	geb. am

Versicherte/ er (nur falls anders, als oben angegeben)		
Name	Vorname	geb. am
Straße/ Nr.	PLZ/ Ort	

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlage und Befunde, die wir oder andere Arzte und ZahnArzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z.B. Rontgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Grunden erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere ZahnArzte, Arzte, Zahntechniker, KassenzahnArztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatArztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die o. g. Dritten ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung, sind mir bekannt (s. ausliegendes Infoblatt) Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis mit Wirkung fur die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/ Versicherter
Erziehungsberechtigter