

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 _____

Wünschen Sie eine Terminerinnerung per SMS? Ja / Nein

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

E-Mail _____ Fax privat _____

Überweiser/ Empfehlung durch _____

Krankenversicherung: gesetzliche Krankenkasse (GKV) gesetzl. Krankenkassen + Zusatzversicherung
 Private Krankenkasse (PKV) PKV Basistarif

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 der 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 einem 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 der zahnärztlichen Lokalanästhesie

Die Aufklärung habe ich verstanden und meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Unterhaching, den _____
Datum

Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigte/ r

Bitte wenden!!!



Bitte wenden!!!



Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie akute Zahnschmerzen?	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>	Blutet Ihr Zahnfleisch?	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>	Sind Ihre Zähne gelockert?	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>
Haben Sie Kiefergelenkschmerzen?	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>	Haben Sie Angst vor der Behandlung?	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>
Haben Sie herausnehmbaren Zahnersatz?	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>	Wurden Röntgenbilder erstellt?	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>
Möchten Sie Informationen über außervertragliche Leistungen (Implantate, Inlays, Bleaching, professionelle Zahnreinigung, Narkose)?	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>		

Medizinische Befunderhebung/ Besteht, bzw. Bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Allergie	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>	welche? _____		
Atemwegserkrankungen	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>	welche? _____		
Blutgerinnungsstörungen	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>	welche? _____		
Diabetes (welcher Typ)	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Typ I	<input type="radio"/> Typ II	
Anfallsleiden (Epilepsie)	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>	_____		
Schilddrüsenerkrankung	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Überfunktion	<input type="radio"/> Unterfunktion	<input type="radio"/> Anderes
Herz-, Kreislauferkrankungen	Nein <input type="radio"/> / Ja,...	<input type="radio"/> Herzinsuffizienz	<input type="radio"/> Angina Pectoris	<input type="radio"/> Herzinfarkt
		<input type="radio"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/> Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/> Herzklappenfehler/ -ersatz
		<input type="radio"/> erhöhter Blutdruck (Hypertonie)	<input type="radio"/> verminderter Blutdruck (Hypotonie)	
Erkrankungen der blutbildenden Organe (hämatologische Erkrankungen)	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>	_____		
Infektionskrankheiten	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>	<input type="radio"/> TBC	<input type="radio"/> Immunmangel-Syndrom (AIDS)	
		<input type="radio"/> Hepatitis A	<input type="radio"/> Hepatitis B	<input type="radio"/> Hepatitis C
Lebererkrankungen	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>	_____		
Magen-, Darmerkrankungen	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>	_____		
Nierenerkrankungen	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>	_____		
Rheumaerkrankungen	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>	_____		
Tumorerkrankungen	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>	_____		
Osteoporose	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>	_____		
Sonstige Erkrankungen	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>	_____		
Erhöhter Augendruck (Glaukom)	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>	_____		
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>	_____		
		(z. B. Didronel-Kit, Ostac, Bonfos, Skelid, Aredia, Fosamax, Catonel., Bondronat, Zometa)		
Rauchen Sie?	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>	_____ Zigaretten pro Tag		
Besteht eine Schwangerschaft?	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>	_____ Monat		
Welche Medikamente nehmen Sie ein?	_____			
Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung?	Nein <input type="radio"/> / Ja <input type="radio"/>			
Name/ Telefon des Arztes	_____			

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

Unterhaching, den _____
Datum

Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigte (r)