

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, Brief oder E-Mail 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: _____

Qualitätsoptimierte Therapie:

Ich wünsche eine höchstwertige Therapie unter Einbeziehung aller relevanten Möglichkeiten der modernen Zahnheilkunde. Nicht nur Langlebigkeit sondern auch Komfort, höchstwertige Materialien sowie ästhetische und funktionelle Aspekte sollen Berücksichtigung finden. Sollte ich einen Heil- und Kostenplan zur Abstimmung mit meinem Versicherer benötigen, weise ich Sie gesondert darauf hin.

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.