



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

Patient/in, Vor- und Familienname, Geburtsdatum, Geburtsort und -land
Versicherte/r, Vor- und Familienname, Geburtsdatum
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 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, 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 Bisphosphonate ein?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	
		(z. B. Didronel-Kit, Ostac, Bonefos, Skelid, Aredia, Fosamax, Actonel, Bondronat, Zometa)	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	Zigaretten pro Tag
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? _____	
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 Hirnnerven) 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)**
- **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.

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

Hochheim, _____

Datum

Unterschrift d. Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r