

individuell & kompetent betreut

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken und unsere Praxis aufgesucht haben. Im Interesse einer möglichst sicheren und reibungslosen Behandlung bitten wir Sie, die Fragen möglichst genau und vollständig zu beantworten und die erforderlichen Einwilligungen zu unterzeichnen. Aus Gründen der medizinischen und rechtlichen Sicherheit ist dies dringend erforderlich. Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Patient			
Name	Vorname	geb.:	
Mitglied			
Name	Vorname	geb.:	
Kontaktdaten			
Straße			Nr.
Postleitzahl, Ort:			
Tel.	Fax	Mobil	
E-Mail			
Beruf	Arbeitgeber	Tel. berufl.	
Gesetzlicher Vertreter bei minderjährigen Pat. bzw. bei betreuten Pat.			
Name		geb.:	
Ihre Krankenkasse:		Zusatzversicherung: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Privatpatienten:	Beihilfe: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Basistarif: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Behandelnder Hausarzt:		Anschrift:	

Fragen zur Gesundheit (Zutreffendes bitte ankreuzen):			
	Ja	Nein	
Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Angina pectoris, Herzasthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzklappen- oder Herzmuskelentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Blutgerinnungsstörungen/-erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Fragen zur Gesundheit (Zutreffendes bitte ankreuzen):			
	Ja	Nein	
Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Magen-/Darmerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Zuckerkrankheit (Insulinpumpe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bluterkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Krampfanfälle (Epilepsie) /Hirnschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Augenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Infektionskrankheiten wie Hepatitis / HIV / Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (wie z.B. Aspirin / ASS / Godamed / Marcumar / Ticlopidin / Clopidogrel / Xarelto / Brilique /Pradaxa etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nehmen Sie sonstige Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Besteht eine Schwangerschaft? (wenn ja, wievielte Woche?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Chemotherapie / Bestrahlungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Osteoporose; Einnahme von Bisphosphonaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Allergien, wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Allergien gegen Medikamente, wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Latexallergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pflasterallergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Allergiepass	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Frühere Operationen, wenn ja,welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sonstiges (Zutreffendes bitte ankreuzen):			
Sind Sie mit der Farbe Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Überwiesen / empfohlen von:			
Wann wurden Sie zuletzt an den Zähnen geröntgt?			

Aufklärung über die zahnärztliche 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 (Infiltrationsanästhesie) in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (Intraligamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nervs (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar.

Es kann unter anderem 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 zu 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.

Nervenschädigung: 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 maximal 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, Wangen, 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. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Datum

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter

**Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die
Praxis Dr. F. Kirsten u. Dr. W. Doepke lt. DS-GVO**

Teilnahme an unserem Erinnerungssystem:

Nach der aktiven Behandlungsphase bieten wir einen speziellen Service an, bei dem Sie kontinuierlich und individuell an Ihre Kontrolluntersuchungstermine erinnert werden.

- **Ich möchte den Recall-Service der Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich regelmäßig**

per Post oder Email (nichtzutreffendes bitte streichen)

an einen Nachsorgetermin zur Untersuchung und / oder Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Datum

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter

Erläuterungen und Hinweise:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten / Befunde durch die Zahnarztpraxis an den von mir genannten weiterbehandelnden Arzt / gesetzlichen Vertreter / Betreuer / Seniorenheim übermittelt werden. Ferner bin ich damit einverstanden, dass bei meinem behandelnden Hausarzt / weiterbehandelnden Arzt Befunde, soweit diese für meine Behandlung in der Zahnarztpraxis erforderlich sind, durch die Praxis angefordert werden können. Zu diesem Zwecke entbinde ich die Praxis Dr. Haupt und Dr. Doepke der zahnärztlichen Schweigepflicht. Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen. Der Behandlungsvertrag bleibt von dieser Vereinbarung unangetastet. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden!

Datum

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.

Datum

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter