

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

Patient/in _____
Nachname und Vorname Geburtsdatum Geburtsort und -land

Versicherte/r: _____
Nachname und Vorname 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: _____ Beihilfe Pflegegrad _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____ Anschrift _____

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 Kieferorthopädische Behandlung? Nein Ja

Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnversorgung? Nein Ja

Wurden Röntgenbilder erstellt? Nein Ja, wann? _____

Möchten Sie regelmäßig an eine Kontrolluntersuchung (Recall) erinnert werden? Nein Ja
(Informationen siehe Datenschutzerklärung)

Möchten Sie in einem persönlichen Gespräch Informationen über außervertragliche Leistungen, Nein Ja
wie z. B. Implantate, Inlays Bleaching, professionelle Zahnreinigung, Narkose?

Medizinische Befunderhebung

Besteht, bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Allergie (welche) Nein Ja, welche? _____

Atemwegserkrankungen Nein Ja, welche? _____

Blutgerinnungsstörungen Nein Ja, welche? _____

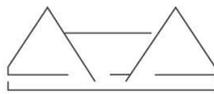
Diabetes (welcher Typ) Nein Ja, welche? Typ I Typ II

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"/> Angina Pectoris <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler/-ersatz <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> Schlaganfall (Apoplex) <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck (Hypertonie) <input type="checkbox"/> verminderter Blutdruck (Hypotonie)
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"/> Immunmangel-Syndrom (HIV / AIDS) <input type="checkbox"/> Hepatitis A <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, Bonafos, 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

Merzenich, _____

Datum

Unterschrift d. Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r