

Liebe Patientin, Lieber Patient,

Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis!

Um Sie optimal und komplikationslos behandeln zu können, benötigen wir von Ihnen einige Angaben zu Ihrer Person und zu eventuellen Besonderheiten. Selbstverständlich werden alle Daten vertraulich behandelt.

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Beruf (freiw.): .....

Straße: ..... PLZ/Ort: .....

Telefon: privat /geschäftlich/.....

Mobil:.....

E-Mail: .....Krankenkasse: .....

Für Privatversicherte: Beihilfeberechtigt:  ja  nein

versichert im Standardtarif („Sozialtarif“, beschränkt auf Faktor 1,7)  ja  nein

**Sollten Sie familienversichert sein, bitten wir um Angaben zum Hauptversicherten:**

Name, Vorname : ..... Geburtsdatum: .....

Bei Abweichung von Adresse und Telefonnummer: .....

.....

**Bevor wir uns um Ihre zahnmedizinischen Wünsche kümmern, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte zu beantworten.**

Hausarzt: ..... Rauchen Sie? .....

Leiden oder litten Sie an einer Herz-/Kreislaufkrankung (z.B. Herzschwäche, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzmuskelentzündung, erhöhter Blutdruck, Thrombose)?

.....

Nehmen Sie zur Zeit oder regelmäßig Medikamente (z.B. Schmerz-, Schlaf-, Herz-, Kreislauf-, blutgerinnungshemmende Mittel) ein und wenn ja, welche:

.....

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten (z.B. gegen Medikamente)?

.....

Leiden oder litten Sie an Gerinnungsstörungen oder einer Krebserkrankung?

.....

Besteht eine Schwangerschaft, wenn ja, wievielte Woche?

.....Bitte wenden ➡

Bestehen Stoffwechsel-, Schilddrüsen- oder Infektionserkrankungen (z.B. Diabetes, HIV)?

.....

Kam es bei früheren Operationen zu Komplikationen, z.B. verstärkte Blutungen, Abszesse/Eiterungen, verzögerte Heilung, Thrombosen, sonstiges?  ja  nein  
(Betreffendes bitte anstreichen)

**Haben Sie sonst Erkrankungen, die bisher nicht abgefragt wurden**

.....

Wünschen Sie eine Erinnerung zur (halb-)jährlichen Vorsorgeuntersuchung? .....

**Haben Sie besondere Beratungswünsche?** .....

Empfohlen / überwiesen durch: .....

**Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben**

.....

**Datum, Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter**

**Wir weisen Sie darauf hin, dass vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen sind. Ansonsten behalten wir uns vor, die Ausfallzeit nach § 615 Satz 1 BGB entsprechend der geplanten Behandlung privat in Rechnung zu stellen.**

Ich habe oben stehende Information bzgl. einer ggf. anfallenden Ausfallsrechnung gelesen, verstanden und erkläre hiermit mein Einverständnis.

.....

**Datum, Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter**

### **Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie**

Die lokale Anästhesie dient der Schmerzausschaltung bei vielen zahnärztlichen Eingriffen. Sie stellt ein sicheres Verfahren dar, kann aber in seltenen Fällen zu folgenden Nebenwirkungen führen:

#### Unverträglichkeit

In seltenen Fällen führen die Inhaltsstoffe der Lokalanästhesie zu einer Unverträglichkeit.

#### Bluterguss/Hämatom

Durch die Verletzung kleinerer Gefäße kann es zu einer Einblutung in das umliegende Gewebe mit der Bildung eines Bluterguss/Hämatom kommen. Ebenfalls kann die Mundöffnung durch einen Bluterguss der Kaumuskulatur nach dem Eingriff eingeschränkt sein.

#### Nervschädigung

In sehr seltenen Fällen kann es bei der Anästhesie im Unterkiefer zur Schädigung des N. alveolaris inferior oder des N. lingualis kommen. Sollte das Taubheitsgefühl zwölf Stunden nach dem Eingriff nicht vollständig abgeklungen sein, informieren Sie uns bitte oder melden sich beim zahnärztlichen Notdienst.

#### Selbstverletzung

Warten Sie mit der Nahrungsaufnahme bis die Anästhesie vollständig abgeklungen ist, da ansonsten Bissverletzungen oder Verbrennungen möglich sind,

#### Verkehrstüchtigkeit

Bitte beachten Sie, dass die lokale Anästhesie und/oder der zahnärztliche Eingriff zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit führen können und Sie somit nicht am Straßenverkehr teilnehmen dürfen.

**Datum, Unterschrift:** \_\_\_\_\_

## Patientenfragebogen zu COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. \*: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!**

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Waren Sie in den letzten 10 Tagen in einem nach dem Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg ausgewiesenen **Risikogebiet** im Ausland (Reisewarnung)?

- Nein  
 Ja

Hatten Sie Kontakt ohne Mund-Nasen-Bedeckung bzw. Mund-Nasen-Schutz (länger als 15 Minuten, enger als 1,5 Meter) zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person?  
<https://www.rki.de>

- Nein  
 Ja

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen auf COVID-19 testen lassen?

- Nein  
 Falls ja, Testergebnis:  positiv      Testdatum: \_\_\_\_\_  
 negativ

Sind Sie erkrankt?

- Nein  
 Ja und zwar an:  Halsschmerzen       Husten       Fieber  
 Durchfall       Luftnot       Geschmack- u. Geruchslosigkeit

Falls Ja, seit wann: \_\_\_\_\_

Gibt es mindestens einen dieser Risikofaktoren?

- \*Alter: 60 Jahre und älter  
 Herz-Vorerkrankungen  
 Lungen-Vorerkrankungen (z.B. Asthma, chronische Bronchitis)  
 Chronische Lebererkrankungen  
 Diabetes mellitus  
 Onkologischer Patient (Chemotherapie)  
 Immunsupprimierter Patient (bedingt durch Erkrankungen oder Therapie)

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

....., den ..... Unterschrift: .....  
(Ort) (Datum)