

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**  
.....

Gerne vereinbaren wir einen Termin zur Vorsorge (bei Patienten der gesetzlichen Krankenkassen ist für Erwachsene 1x jährlich obligatorisch, bei Kindern 2 x jährlich).

**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:** \_\_\_\_\_