



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 _____

Gesetzlicher Betreuer: _____
Vor- und Familienname _____ Geburtsdatum _____ (in diesem Fall benötigen wir eine unterschiedene Vollmacht!!)

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

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 Kieferorthopädische Behandlung? ☐ 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 _____

Herz-, Kreislauferkrankungen	☐ Nein ☐ Ja	☐ Herzinsuffizienz ☐ Herzinfarkt ☐ Herzklappenfehler/-ersatz ☐ Schlaganfall (Apoplex) ☐ verminderter Blutdruck (Hypotonie)	☐ Angina Pectoris ☐ Herzrhythmusstörungen ☐ Durchblutungsstörungen ☐ erhöhter Blutdruck (Hypertonie)
Erkrankungen der blutbildenden Organe	☐ Nein ☐ Ja	_____	
Infektionskrankheiten	☐ Nein ☐ Ja	☐ TBC ☐ Hepatitis A	☐ Immunmangel-Syndrom (HIV / AIDS) ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C
Lebererkrankungen	☐ Nein ☐ Ja	_____	
Magen-, Darmerkrankungen	☐ Nein ☐ Ja	_____	
Nierenerkrankungen	☐ Nein ☐ Ja	☐ chron. Niereninsuffizienz	☐ Dialyse
Rheumaerkrankungen	☐ Nein ☐ Ja	_____	
Tumorerkrankungen	☐ Nein ☐ Ja	_____	
Osteoporose	☐ Nein ☐ Ja	_____	
Sonstige Erkrankungen	☐ Nein ☐ Ja	_____	
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	☐ Nein ☐ Ja	_____	
(z. B. Didronel-Kit, Ostac, Bonafos, Skelid, Aredia, Fosamax, Actonel, Bondronat, Zometa)			
Rauchen Sie?	☐ Nein ☐ Ja	_____	Zigaretten pro Tag
Besteht eine Schwangerschaft?	☐ Nein ☐ Ja	_____	Monat
Sind Sie in einen Pflegegrad eingestuft?	☐ Nein ☐ Ja	In welchen? _____	
Nehmen Sie Medikamente ein?	☐ Nein ☐ Ja	Welche? _____	
Befinden Sie sich z. Zt. in ärztlicher Behandlung?	☐ Nein ☐ 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