

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.:	
Pflegestufe:		Schwerbehindertenausweis: ☐ Ja ☐ Nein	
Ihre Krankenkasse:		Zusatzversicherung: ☐ Ja ☐ Nein	
Privatpatienten:	Beihilfe:	☐ Ja ☐ Nein	Basistarif: ☐ Ja ☐ Nein
Behandelnder Hausarzt:		Anschrift:	

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

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

Nervschädigung: 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 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

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass ich per Email an meine vereinbarten Termine erinnert werde.

Datum

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass ich Rechnungen oder andere Dokumente per Email erhalte.

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. Kirsten 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

Bitte beachten Sie Folgendes:

Wir möchten all unsere Patientinnen und Patienten umfassend und ohne Zeitdruck behandeln und planen daher stets ausreichend Zeit für Sie und Ihre Behandlung ein. Daher bitten wir Sie, falls Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, diesen rechtzeitig (mind. einen Werktag vorher) abzusagen. Bei Nichterscheinen (ohne rechtzeitige Absage oder nachweisbaren triftigen Grund), erlauben wir uns für den Fall, dass in dieser Zeit keine(e) andere(r) Patient/in behandelt werden kann, eine **Ausfallgebühr in Höhe des Honorars** für die an diesem Termin geplanten Leistungen zu berechnen.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.
Der Regelung zur Berechnung einer o. g. Ausfallgebühr bei Nichterscheinen stimme ich zu.**

Datum _____

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter _____