

## Herzlich willkommen in unserer Praxis

Um einen komplikationslosen Behandlungsablauf, eine vorschriftsmäßige Verwaltung Ihrer Unterlagen und eine optimale Organisation zu gewährleisten, benötigen wir einige Informationen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutz. Falls Sie sich über eine Antwort nicht oder noch nicht im klaren sind, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Patient: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

mitver-  
sichert bei: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

Adresse: \_\_\_\_\_  
Strasse, Hausnummer

\_\_\_\_\_   
PLZ, Ort

Telefon: \_\_\_\_\_  
privat Handy geschäftlich

\_\_\_\_\_   
email-Adresse

Falls Sie mitversichert sind: **Hat der Hauptversicherte die gleiche Adresse?** Falls nein:

Adresse: \_\_\_\_\_  
Strasse, Hausnummer PLZ, Ort

### **Für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung:**

Name Ihrer Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine private Zusatzversicherung?** \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Name Ihrer Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

### **Für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung:**

Name Ihrer Privatversicherung: \_\_\_\_\_

**Allgemeine Fragen:**

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
Strasse, Hausnummer PLZ, Ort

Zu Ihrer Information und unserer juristischen Absicherung ein paar Erklärungen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben sowie die Kenntnisnahme und /oder Bereitschaft zu den angebotenen Maßnahmen.

- Änderungen meiner Daten, insbesondere meines Gesundheitszustandes werden von mir unverzüglich weitergegeben.
- Bitte rufen Sie uns frühzeitig an, falls Sie zum vereinbarten Termin nicht kommen können.

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift

**Fragebogen zum Gesundheitszustand**

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_

Wer ist ihr Hausarzt (Name, Ort, Telefon)? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Beruhigungs- oder Aufputzmittel? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente oder Materialien? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Haben Sie Asthma oder Heuschnupfen? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Leiden Sie an einer Herzerkrankung/Herzschwäche? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Haben Sie Kreislaufprobleme (zu hoher oder zu niedriger Blutdruck)? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Haben oder hatten Sie erhöhte Blutungsneigung bei Operationen? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Leiden Sie an einer dieser Stoffwechselkrankheiten?  
\_\_\_ Diabetes    \_\_\_ Schilddrüsenerkrankung    \_\_\_ Magen-Darmerkrankung    \_\_\_ Rheuma

Haben oder hatten Sie eine Gelbsucht/Leberentzündung/Hepatitis? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Haben Sie Aids oder Tuberkulose? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Haben Sie grünen Star? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Leiden Sie unter Migräne? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Rauchen Sie? Falls ja, wieviele Zigaretten ca. pro Tag? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ Stück

**bei Frauen:**

Besteht eine Schwangerschaft?

\_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

**bei Männern:**

Haben Sie eine Prostataerkrankung?

\_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

**bei Kindern:**

Darf eine medizinisch sinnvolle Fluoridierung zum Schutz des Zahnes durchgeführt werden?

\_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Haben Sie Zahnschmerzen? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Blutet ihr Zahnfleisch? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Zieht sich ihr Zahnfleisch zurück? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Sind Sie in letzter Zeit im Mund geröntgt worden? Falls ja, wann? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Halten Sie eigene Zähne ein ganzes Leben lang für erstrebenswert? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## 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 Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesie möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (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 unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

**Hämatom (Bluterguss):** Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgehende Gewebe eintreten. Bei Einblutung in einen der Kaumuskeln infolge der Infektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt bei entsprechenden Beschwerden 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. Hindurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungen- oder Unterkieferhälfte sowie die Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach max. 12 Stunden abgeklungen sein, informieren Sie bitte umgehend 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 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.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift